



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Direttore Prof. Mario Petrini

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e
dell'Area Critica
Direttore Prof. Paolo Miccoli

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in
Medicina e Chirurgia
Direttore Prof. Giulio Guido

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICA E DELLA SALUTE

“Sintomatologia psichiatrica in padri e figli,
quale relazione?”

RELATORE
CHIAR.MO PROF.
Pietro Muratori

CANDIDATO
Lidia Giordanella

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

CAPITOLO 1-Relazione genitore-bambino.....	3
1.1 Teoria dell'attaccamento.....	4
1.2 Triade madre-padre-bambino.....	9
1.3 Diade padre-bambino.....	10
1.3.1 Ruolo e funzione paterna nella storia.....	11
1.4 Struttura familiare e psicopatologia nei bambini	15
1.5 Paternità e psicopatologia nei figli.....	17
1.5.1 Interazione padre-figlio.....	18
1.5.2 Effetti del coinvolgimento paterno	20
1.5.3 Influenza diretta e indiretta dei padri	21
CAPITOLO 2-Psicopatologia genitoriale e nei figli.....	24
2.1 Combinazione tra psicopatologia materna e paterna	24
2.2 Psicopatologia paterna	25
2.2.1 Problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli.....	26
2.3 Disturbo del comportamento alimentare (DA)	30
2.3.1 Psicopatologia genitoriale e DA	36
2.4 Disturbo della condotta (DC).....	39
2.4.1 Psicopatologia genitoriale e DC.....	43
CAPITOLO 3-Scopo, materiali e Metodi	50
3.1 Scopo della tesi	50
3.2 Soggetti	52
3.3 Procedura	52
3.4 Strumenti.....	53
3.4.1 SCL-90-R:.....	53
3.4.2 CBCL:	55
3.5 Somministrazione	57
3.6 Analisi dei dati e Risultati.....	58
CAPITOLO 4-Discussione.....	65
4.1 Limiti..	73
4.2 Prospettive future	73
4.3 Conclusioni	73
BIBLIOGRAFIA.....	77

Alla mia famiglia

INTRODUZIONE

Riassunto

In questo studio di Tesi abbiamo rivolto la nostra attenzione al rapporto genitore-bambino, concentrandoci sulla relazione tra profilo psicologico paterno e dei figli con determinata diagnosi psicopatologica. Facendo riferimento alla letteratura scientifica internazionale da sempre interessata al rapporto madre-bambino, come principale fattore di rischio cruciale per lo sviluppo e il mantenimento dei problemi emotivo-comportamentali nei bambini, ci siamo soffermati sul concetto di triade (madre-padre-bambino) e sulla modifica del ruolo paterno nella famiglia rispetto al passato attraverso gli studi che dagli anni '80 hanno puntato l'attenzione verso l'effetto che può avere la paternità sullo sviluppo del bambino, sulla comparsa di disturbi emotivo-comportamentali e sul rapporto tra psicopatologia paterna e del figlio. Oltre ai processi genetici ed epigenetici di trasmissione genitore-figlio, le dimensioni familiari e sociali svolgono un ruolo significativo nel prevedere o essere associate a problemi psicologici nei bambini. Tenendo conto che non è solo il tipo di parenting a determinare lo sviluppo sano o disfunzionale del figlio ma anche la salute mentale del genitore, in questo lavoro di Tesi abbiamo voluto esaminare il rischio psicopatologico paterno di padri Italiani di bambini con disturbo del comportamento alimentare (DA), della condotta (DC) e gruppo di controllo; prendendo in considerazione specifiche patologie dello sviluppo abbiamo indagato l'associazione e l'influenza tra profilo psicologico paterno e il funzionamento internalizzante ed esternalizzante nei diversi gruppi di bambini.

Materiali e metodi: Il nostro studio ha preso in considerazione tre diversi campioni di padri e figli, in totale sono stati considerati 139 bambini Italiani (41 % femmine) con un'età media di 7.8 (SD = .57). Nello specifico, 50 soggetti hanno composto il gruppo di controllo, 50 soggetti il gruppo con DA e 39 soggetti il gruppo con DC. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono stati un questionario sulla salute mentale SCL-90R e un questionario sui problemi comportamentali dei bambini CBCL. Per l'analisi dei dati è stato svolto un confronto fra medie (Anova), correlazioni e regressione.

Risultati: C'è una significativa relazione positiva tra determinate dimensioni di salute mentale paterna e dei figli in entrambi i gruppi. Padre e figlio s'influenzano a vicenda sia nel funzionamento

internalizzante sia esternalizzante. Il dato che più colpisce dai risultati del nostro studio non è tanto l'influenza paterna sugli aspetti esternalizzanti quanto quella sulle dimensioni internalizzanti. L'analisi di regressione mostra un rapporto statisticamente significativo positivo tra la dimensione Ipersensibilità Interpersonale e Ostilità paterna sul funzionamento internalizzante rispettivamente nel caso di figli con disturbo alimentare e disturbo della condotta.

Conclusioni: Alla luce di questi risultati possiamo confermare quanto detto in letteratura riguardo l'importanza della figura paterna e non solo materna nello sviluppo del figlio. Questo studio mostra e conferma che non è soltanto lo stile genitoriale ma sono anche le condizioni di salute mentale del genitore a determinare e mantenere o no comportamenti disfunzionali nei figli, c'è un rapporto d'influenza reciproca positiva tra dimensioni del profilo psicologico paterno e comportamento del bambino. Bisogna quindi passare dal considerare semplicemente lo stile genitoriale usato con il bambino al capire come il genitore sta e come si sente, poiché determinate dimensioni psicopatologiche sono predittive e in relazione con determinati disturbi nel bambino. Tutto ciò è importante sia nella fase di diagnosi sia soprattutto nella pianificazione del trattamento da mettere in atto.

CAPITOLO 1

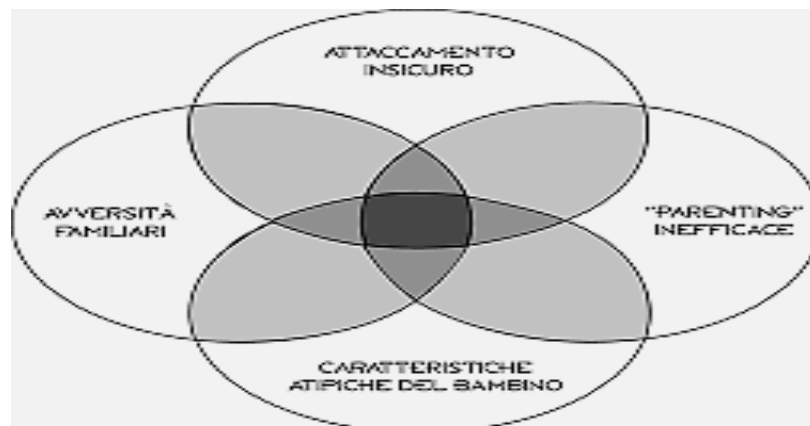
Relazione genitore-bambino

“I piccoli dell’uomo sono programmati a svilupparsi in un modo socialmente cooperativo; che poi lo facciano o no, dipende in massima parte da come sono trattati” (Bowlby, 1988).

La psicopatologia dello sviluppo rileva la multi-fattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico. Per la maggior parte dei disturbi non esiste un'unica causa. Lo sviluppo sia normale sia patologico è dato dall'intreccio e dall'equilibrio tra fattori di rischio e protettivi che provengono da ambiti diversi. Greenberg (1999) evidenzia quattro generali domini di rischio:

- 1) caratteristiche interne del bambino: vulnerabilità biologica, funzioni neurocognitive e temperamento;
- 2) qualità delle interazioni primarie di attaccamento;
- 3) stile educativo parentale e strategie di socializzazione;
- 4) ecologia familiare: eventi vitali critici, stress e traumi della vita familiare, risorse organizzative e rete sociale.

Più domini a rischio sono coinvolti, maggiore sarà la possibilità del bambino di sviluppare una psicopatologia. (Figura.1)



Lo sviluppo emotivo, relazionale e sociale (ossia la capacità di gestione e regolazione emotiva, d'integrazione con gli altri, di costruzione di relazioni stabili, d'interiorizzazione delle regole) ha luogo in diversi contesti e condizioni di vita. Bandura (1991) nell'ambito della "*Teoria della Social-Cognition*", ritiene che anche lo sviluppo morale sia influenzato dall'ambiente di vita del bambino. Durante lo sviluppo, l'individuo è esposto a una quantità di modelli e di apprendimenti che possono mutare nel tempo e nella modalità di comparsa.

Già negli anni '60 i ricercatori interessati al rischio psicosociale avevano notato che i bambini esposti alla stessa tipologia di fattori di rischio ne erano influenzati in modo differente, si parla, infatti, di resilienza una competenza di natura individuale, la cui origine è intrinsecamente relazionale, perché implica specifiche transizioni tra individuo e ambiente familiare, caratterizzate da una certa intensità, frequenza e durata nel tempo (Walsh, 2008).

Pur essendo il nostro progetto di ricerca esplorativo e descrittivo, possiamo provare a osservare i dati alla luce di diverse teorie elaborate in ricerca nell'ambito della Psicopatologia dello Sviluppo, tra le più importanti la "*Teoria dell'Attaccamento*".

1.1 *Teoria dell'attaccamento*

Nel 1958 sono stati pubblicati i primi studi sull'importanza del sistema di attaccamento nella relazione madre/bambino. Un bambino può crescere solo all'interno di una relazione affettiva.

" Tutti noi, dalla nascita alla morte, siamo al massimo della felicità quando la nostra vita è organizzata come una serie di escursioni, lunghe o brevi, dalla base sicura fornita dalle nostre figure d'attaccamento" (Bowlby, 1988).

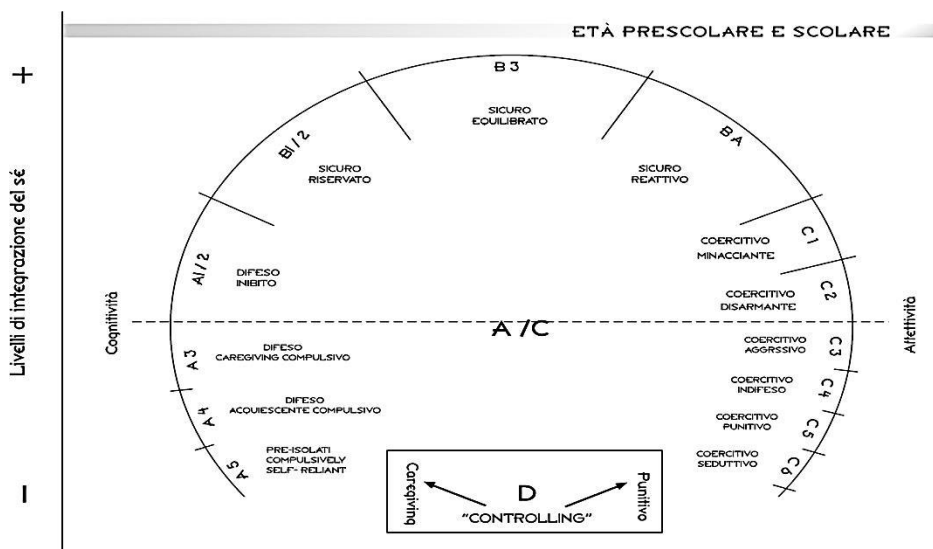
Il rapporto tra genitori e figli nel corso della storia è cambiato, un tempo, la madre era considerata come colei che metteva al mondo il figlio mentre

il padre come chi lo inseriva nel mondo sociale insegnandogli i valori. La letteratura ha indagato molto il ruolo materno nella vita del bambino, dandogli molta importanza e considerando meno il ruolo del padre e la sua influenza nella vita del figlio. Partendo dalla ricerca sull'infanzia essa si è concentrata sul rapporto madre-figlio attraverso studi come quello della Strange Situation, ideata da Mary Ainsworth negli anni Sessanta (Ainsworth et al., 1978), applicazione più importante della "Teoria dell'attaccamento".

Bowlby (1988) parla di figure d'attaccamento criticando Freud il quale sosteneva che gli esseri umani si legano tra di loro, e il bambino alla madre, sotto la stimolo di pulsioni di carattere sessuale, e in particolare nei primi mesi di vita, di pulsioni di carattere orale. Utilizzando i dati di ricerca provenienti da ambiti non psicoanalitici, Bowlby ha messo in discussione queste concezioni sostenendo che i bambini si attaccano all'oggetto madre attraverso un legame che è dissociato dal solo bisogno di nutrimento; la fame del bambino per l'amore e la presenza della madre è grande quanto quella per il cibo. L'attaccamento è visto dunque come un sistema motivazionale primario, insieme di regole e modi di operare, che guida i comportamenti e che è presente fin dalla nascita interfacciandosi con gli altri sistemi motivazionali. Con la "Teoria dell'attaccamento" egli postulò che gli esseri umani sono spinti ad avere relazioni interpersonali derivanti principalmente dalla necessità di difendersi nei confronti dei pericoli e dal bisogno di sicurezza. Gli studi di Bowlby volsero a indagare quali potessero essere le caratteristiche e lo sviluppo del legame che s'instaura fra madre e bambino. Per lui il rapporto madre-bimbo è alla base delle future relazioni interpersonali; quando la diade è inefficace, possono svilupparsi delle forme d'attaccamento insicuro; genitori con attaccamento insicuro allevano figli che non riescono a sviluppare una base sicura. L'attaccamento non è solo il modo di stare con qualcun altro

ma determina anche il modo di regolare le proprie emozioni sia positive sia negative.

La qualità dell'esperienza definisce la sicurezza d'attaccamento in base alla sensibilità e disponibilità del *caregiver* e quindi la formazione di modelli operativi interni (MOI), che andranno a definire i comportamenti relazionali futuri. Con la crescita, l'attaccamento iniziale che si viene a formare tramite la relazione materna primaria o con un "caregiver di riferimento", si modifica e si estende ad altre figure, sia interne sia esterne alla famiglia, fino a ridursi notevolmente: nell'adolescenza e nella fase adulta il soggetto avrà, infatti, maturato la capacità di separarsi dal *caregiver* primario, e di legarsi a nuove figure d'attaccamento.



Avranno un attaccamento sicuro, i bambini che hanno interiorizzato la madre come una base sicura, possono protestare e piangere al momento della separazione perché sono in grado di esprimere le loro emozioni di tristezza e d'ansia, quando la madre torna, sono in grado di comunicare il disagio provato per essere rimasti soli tuttavia si riavvicinano a lei per cercare il contatto fisico, si consolano velocemente e riprendono a giocare e a esplorare l'ambiente. Le madri di questi bambini hanno buona sensibilità ed empatia, capacità di lettura, prontezza temporale nel riconoscimento

delle emozioni e sincronia. Questo tipo di attaccamento permette al bambino di esprimere le proprie emozioni, riconoscere i bisogni degli altri, avere un atteggiamento empatico e la capacità di negoziare la risoluzione di conflitti.

L'attaccamento insicuro, invece, di per sé non è psicopatologico ma è un modo di regolare le emozioni e può trasformarsi in patologia.

- Sottotipo evitante: i bambini alla separazione dalla madre presentano comportamenti di falsa autonomia associati alla soppressione delle emozioni; quando lei torna, essi la ignorano distogliendo lo sguardo e allontanandosi da lei; disattivano il sistema d'attaccamento. Le madri di questi bimbi risultano: rifiutanti e scarsamente comunicative a livello affettivo; le emozioni del bimbo come rabbia e tristezza rinforzano e coinvolgono emotivamente la madre e il bimbo impara dai comandi dei genitori a inibire le emozioni che poi si presentano a livello corporeo.
- Sottotipo ambivalente/ Ansioso: i bambini piangono e sono angosciati quando si separano dalla madre quando lei torna, cercano contatto ma sono difficili da calmare perché la loro angoscia è mescolata alla rabbia, impiegano così molto tempo prima di riprendere il gioco. Madri e bambini hanno vissuto in un contesto di tipo imprevedibile: in alcuni casi avviene la regolazione e in altri no. Il bimbo non riesce a crearsi uno schema di regolazione delle emozioni; le madri sono preoccupate e hanno delle ansie irrisolte. Non potendo il bimbo essere regolato dal caregiver usa delle strategie di controllo del contesto quali l'aggressività (minacciando l'altro per avere il caregiver vicino) oppure la passività (facendosi vedere debole). Questo tipo di attaccamento tende a favorire lo sviluppo di psicopatologie quali: ansia di separazione, fobie, disturbi psicosomatici e nell'età adulta

depressione, disturbi ossessivi, ansia e tendenza a esprimere in maniera esagerata le emozioni negative.

Attaccamento disorganizzato: i bambini con questo tipo d'attaccamento, quando la madre ritorna da loro dopo essersi separata, presentano un comportamento incoerente fatto di ricerca di contatto ed evitamento; condizione paradossale dell'essere spaventati dalla madre e dell'avere bisogno della sua protezione. Questo tipo d'attaccamento è messo in relazione sia con i disturbi della condotta sia con quelli psichiatrici gravi, incapacità d'accudimento, trascuratezza, maltrattamenti fisici fino all'abuso sessuale (Fabbro, 2012).

Secondo Bowlby, l'attaccamento è un qualcosa che, non essendo influenzabile da situazioni momentanee, perdura nel tempo dopo essersi strutturato nei primi mesi di vita intorno ad un'unica figura; è molto probabile che tale legame s'instauri con la madre, perché è la prima a occuparsi del bambino, ma, come lui stesso ritiene, non sussiste nessun dato che avalli l'idea che un padre non possa diventare figura di attaccamento nel caso in cui sia lui a dispensare le cure al bambino. L'attaccamento padre-figlio è una dimensione rilevante dell'essere padre durante l'infanzia, come dice Waters (1978) l'attaccamento è qualcosa di stabile nel tempo.

L'idea che i padri sono meno sensibili delle madri nell'interazione genitore-bambino è disconfermato dalla ricerca di Lamb (1982) che ha dimostrato che anche i padri sono dotati di questa sensibilità. I comportamenti delle madri non sono fattori determinanti in generale della sicurezza dei figli, il modo in cui ogni genitore interagisce con il bambino determina la sicurezza del rapporto con il genitore. L'attaccamento paterno aumenta dal primo al secondo anno di vita del bambino ed Earls (1977) ha suggerito che l'efficacia dei padri nella determinazione di una relazione d'attaccamento sicuro durante il secondo anno di vita del bambino è associato con l'istituzione dell'autonomia. Lamb (1980) dirà che

l'attaccamento padre-figlio orienta inoltre il bambino in situazioni sociali nuove. La teoria dell'attaccamento propone che il coinvolgimento dei padri promuove lo sviluppo del bambino perché favorisce un attaccamento sicuro, che è legato a risultati positivi nei figli (Brown, McBride, Shin, e Bost, 2007). Tuttavia, poca attenzione è stata data in letteratura alla qualità dell'interazione padre-figlio durante l'allattamento e al suo legame con esiti adattivi o maladattivi nello sviluppo emotivo e comportamentale dei figli, che a sua volta può essere bidirezionale, legato alla sicurezza o insicurezza dell'attaccamento nei bambini e nei loro genitori. Alcune ricerche hanno suggerito che i bambini caratterialmente facili hanno più probabilità d'essere coinvolti nelle interazioni qualitativamente buone con i loro padri (Mehall, Spinrad, Eisenberg, e Gaertner, 2009).

1.2 Triade madre-padre-bambino

Pur affermando Bowlby che non esiste alcun dato che avvalli l'idea che il padre non abbia un ruolo nell'attaccamento, la figura paterna non è considerata. Tuttavia, già, autori come Winnicott e la Klein avevano introdotto la figura paterna nel considerare lo sviluppo psicologico del bambino reputandola come una terza figura che può influenzare il rapporto madre-figlio ma non dandole una funzione specifica.

Freud nel 1924 teorizza l'ingresso del padre nella relazione con il figlio solo attorno ai 3-4 anni di vita, nell'epoca edipica; tuttavia Bowlby nel 1988 rimane fedele al modello diadico madre-bambino.

Sarà la psicoterapia della Gestalt a introdurre una visione triangolare complessa tra madre-padre-figlio, non solo il padre occupa un posto e determina la relazione madre-bambino ma nel definire il padre si ha implicita una definizione del ruolo di madre; ossia non esiste quella madre per quel bambino senza quel determinato padre e la relazione madre-

bambino non è solo influenzata dal padre, ma è caratterizzata dalla sua funzione (Salonia G., Spagnuolo Lobb M., 1993).

Negli anni '80 il gruppo di Losanna osserva la famiglia come insieme, unità in un'ottica triadica con l'obiettivo d'identificare le caratteristiche dell'alleanza familiare. Nasce sempre più l'importanza dello studio della triade e delle sue costituenti poiché padre e figlio possono avere una particolare complicità che compare solo nella loro interazione diadica e allo stesso modo i genitori possono essere una coppia in crisi senza però inficiare l'alleanza familiare e il livello della triade. I ricercatori si sono concentrati sulla valutazione delle alleanze familiari, non è importante che le relazioni siano sempre perfette ma che i tre partner giochino assieme, collaborando sia nelle situazioni più facili sia in quelle difficili, ciò che conta è la qualità dell'interazione (Fivaz e Corboz, 2000).

Stern nel 2000 sostiene che esistono teorie molto importanti che si riferiscono alla famiglia e dei metodi terapeutici efficaci per affrontare le problematiche. Considerando la triade, la figura paterna non supporta solo la relazione madre-bambino ma è significativa sia perché è essenziale e preziosa sia perché partecipa direttamente a creare un campo relazionale unico che esiste grazie alla sua presenza.

1.3 *Diade padre-bambino*

In letteratura ci si è interrogati sull'esistenza o meno di un istinto paterno come quello materno, se c'è una predisposizione a essere padri oppure se la paternità è un'esperienza in divenire. Per gli esseri umani fin dalla nascita del bimbo il legame con la madre si consolida grazie all'allattamento e il maschio entra nella relazione solo se la femmina gli permette di farlo.

Nel 1949 Mead afferma che la paternità è un'invenzione sociale, un comportamento appreso a differenza della maternità; le donne sono madri salvo che non si insegna loro a negare l'istinto materno e nel 1956 Erich

Fromm lo segue affermando che nella paternità non c'è nulla d'istintivo; l'amore paterno a differenza di quello materno è condizionato dall'appoggio delle proprie aspirazioni.

Greenberg e Morris, nel 1974, parlano nelle loro ricerche di engramment nell'uomo (occuparsi di qualcuno, essere totalmente assorbiti) vedendolo come un potenziale innato che si attiva con l'esperienza di diventare genitore e che ha a che fare con gli aspetti culturali dell'ambiente. Forleo e Zanetti nel 1987 affermano la presenza di una predisposizione del padre ad assumere comportamenti di cura nei confronti dei figli e che il condizionamento sociale e culturale devia l'uomo verso modalità d'interazione più desiderabili e accettabili dall'ambiente.

Si parla dunque di ruolo paterno e funzione paterna, il ruolo è definito dal contesto sociale e culturale d'appartenenza, la funzione pur influenzata da fattori sociali è ciò che il padre sente di dover fare, la risposta emotiva ai bisogni del figlio (Brustia Rutto P., 1996).

1.3.1 Ruolo e funzione paterna nella storia

Oggi gli uomini hanno competenze diverse all'interno della società rispetto al passato e alcune di queste competenze si sono affiancate o sono diventate quelle che un tempo erano delle madri.

In passato i padri erano visti come onnipotenti patriarchi che esercitavano un enorme potere sulle famiglie (Knibiehler, 1995) e queste idee sono continuate fino a poco tempo fa. Secondo Pleck e Pleck (1997), ad esempio, i padri Euro-Americani erano visti principalmente come insegnanti morali durante la fase coloniale della storia americana; con il consenso popolare, i padri avevano principalmente la responsabilità di garantire che i loro figli fossero cresciuti con un adeguato senso dei valori, acquisiti principalmente dallo studio della Bibbia e da altri testi scritti. Intorno al periodo dell'industrializzazione, tuttavia, l'obiettivo primario è stato spostato dalla leadership morale a quella del breadwinning e del sostegno economico della famiglia. Poi, a causa della grande depressione, gli

scienziati sociali hanno ritratto i padri come modello di ruolo sessuale, esprimendo preoccupazione per i fallimenti di molti uomini come modello maschile di comportamento per i loro figli.

Nel corso del xx secolo, dopo le critiche femministe, alla fine del 1970 è emersa una preoccupazione per la nuova natura del padre che gioca un ruolo attivo nella vita dei bambini. Come Elizabeth Pleck (2004) ha spiegato le popolari discussioni accademiche sulla paternità si sono a lungo soffermate sull'importanza del coinvolgimento; i ricercatori, i teorici, i professionisti non si aggrappano più alla convinzione semplicistica che i padri ideali assumano un unidimensionale e universale ruolo nelle loro famiglie e negli occhi dei loro figli e riconoscono, invece, che i padri giocano una serie d'importanti ruoli: compagni, fornitori di cure, coniugi, protettori, modelli, guide morali, insegnanti, breadwinning la cui importanza è relativa in base alle epoche storiche e ai gruppi subculturali.

I padri, oggi, fin da subito si occupano del bambino dal punto di vista delle cure fisiche e di tutte le relazioni primarie, un tempo svolte solo dalla madre, poiché il padre era visto come chi doveva proteggere il figlio, dargli dei valori e insegnarli a vivere adattandosi alle richieste della società. Non è cambiato solo il ruolo paterno nella società di oggi ma anche quello materno, infatti, la madre si occupa dell'educazione dei figli, dei lavori domestici ma anche della gestione della vita professionale, contribuendo al mantenimento economico; tanto più la donna si è proiettata al mondo esterno tanto più l'uomo è entrato a occuparsi della casa contribuendo anche lui all'educazione e alla crescita dei figli e occupandosi delle faccende domestiche.

Solo prendendo in considerazione le prestazioni dei padri in questi svariati ruoli e tenendo conto dell'importanza riguardante il contesto socio-ecologico interessato, può essere valutato l'impatto dei padri sullo sviluppo del bambino. Concentrandosi sul comportamento dei padri

quando sono con i loro figli, la maggior parte dei dati osservativi e delle visite raccolte dagli psicologi dello sviluppo e sociali negli anni 1970 e all'inizio del 1980 (ad esempio, Lamb 1977) hanno suggerito che le madri e i padri s'impegnano in diversi tipi d'interazione con i loro bambini, soprattutto nei paesi anglosassoni, come gli Stati Uniti. Da questi studi si evince che i padri sono specializzati nel gioco, mentre le madri sono specializzate nella custodia e nel nutrimento, in particolare man non solo nei lattanti. Questi risultati hanno portato a un'eccessiva stereotipizzazione della figura paterna come partner di gioco, in realtà i padri spendono una quota del loro tempo con i figli impiegandolo in altre attività. La maggior parte degli studi suggerisce che le madri giocano con i bambini molto più dei padri, ma poiché il gioco con i padri è particolarmente turbolento, interessante e suscitante emozioni sono più evidenti nell'interazione padre-figlio, la giocosità paterna e la relativa novità rendono i padri particolarmente salienti per i loro figli (Lamb, Frodi, Hwang, 1983). I padri interagiscono, quindi, con i figli in modo più giocoso, fisico, imprevedibile ed emozionante e la funzione può essere quella di sperimentare esperienza al di fuori della famiglia, rilevanti per la socializzazione del bambino. Altre prove che indicano una funzione gioco del padre provengono dal lavoro di Bourcois e Ricoud (Paquette, 2004), che mostra che i bambini francesi delle coppie di genitori coinvolti con ruoli diversi (madre come badante e padre come un compagno di giochi), hanno competenze sociali migliori, sono meglio preparati per la concorrenza e la cooperazione e sono meno aggressivi. Insomma, il gioco paterno sembra promuovere un atteggiamento attivo, competitivo, autonomo e curioso nei bambini; ha un effetto benefico sullo sviluppo cognitivo e sociale e sembra tamponare l'ansia da separazione e l'ansia sociale. Tuttavia la direzione di questo rapporto non è chiara e potrebbe essere bidirezionale: l'atteggiamento ludico dei padri può favorire la competenza sociale e prevenire l'ansia nei bambini, e i bambini

socialmente competenti e fiduciosi possono aumentare il coinvolgimento positivo nella forma di gioco paterna. Mostrando le qualità predominanti di padri e madri, entrambi, incoraggiano l'esplorazione durante il gioco con i loro bambini e alterano il discorso parlando lentamente e con delle frasi brevi (Dalton-Hummel, 1982; Golinkoff e Ames, 1979); rispondendo alle loro grida e ai loro sorrisi (Berman 1980) anche quando sono impegnati in altro (Notaro e Volling 1999) regolano i loro comportamenti per accogliere lo sviluppo delle competenze dei loro bambini (Belsky, Gilstrap, e Rovine, 1984; Crawley e Sherrod 1984).

La sensibilità paterna nella risposta e l'incoraggiamento dei loro bambini affinché imparino, predicono le conquiste socio-emozionali, cognitive e linguistiche proprio come fa la sensibilità materna (Conner, Cavaliere, & Croce, 1997; Easterbrooks & Goldberg, 1984; Shannon, Tamis-LeMonda, Londra, & Cabrera, 2002;).

I padri possono impegnarsi e fare cose con i figli in molti modi diversi, non solo come compagni di gioco ma rappresentando molti modelli di ruolo per i loro figli anche se ognuno di questi ruoli assume un'importanza diversa.

Negli ultimi tre decenni è cresciuta la letteratura psicologica su come il comportamento dei padri può avere effetti sui bambini e le vie attraverso le quali gli effetti sono esercitati. Ci si chiede quali aspetti del bambino sono influenzati di più, in quali circostanze e perché.

La ricerca si è posta principalmente tre domande (Flouri, 2010):

1. Qual è l'associazione tra la struttura familiare (soprattutto la mancanza della figura paterna biologica) nei confronti della psicopatologia dei bambini;
2. Qual è l'associazione tra genitorialità paterna e psicopatologia dei bambini;
3. Qual è l'associazione tra psicopatologia paterna nei confronti della psicopatologia dei bambini.

1.4 *Struttura familiare e psicopatologia nei bambini*

Nel 1970 sono state raccolte numerose evidenze per supportare e confutare (Silverstein & Auerbach, 1999) la “patologia del matriarcato” secondo cui c’era l’ipotesi che l’assenza del padre era distruttiva per i bambini soprattutto per i ragazzi, poiché venivano a mancare le risorse economiche, i modelli di ruolo, la disciplina e la guida che forniscono i padri. Oggi attraverso ricerche scientifiche sappiamo di più circa i problemi comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti dei bambini in famiglie con madri single (Amato & Gilbreth, 1999) e stiamo conoscendo ancora di più per quelle con padri single.

Luoma e colleghi (1999) hanno confrontato la prevalenza di problemi emotivi e comportamentali in bambini che vivono con il patrigno rispetto a famiglie con padri single, vivere con padri single dava problemi collegati con disturbi esternalizzanti (principalmente nell’ambito scolastico), mentre vivere con un patrigno, era associato a problemi internalizzanti (soprattutto a casa) in un campione di bambini di 8-9 anni in Finlandia.

Bjarnosan e colleghi hanno valutato l’associazione tra la struttura familiare e l’abuso di alcool (Bjarnason et al. 2006) e fumo (Bjarnason et al. 2003) in adolescenti provenienti da Cipro, Francia, Ungheria, Malta, Slovenia, Svezia e Regno Unito dimostrando che gli adolescenti che vivono con entrambi i genitori biologici sono impegnati meno frequentemente nell’uso di alcool e fumo rispetto a chi vive in altre strutture familiari; adolescenti che vivono con madri single bevono e fumano meno rispetto a chi vive con padre single o con nessuno dei due genitori biologici.

In una ricerca Americana gli adolescenti con famiglie con un solo genitore o con genitore acquisito sono a elevato rischio di consumo di droga; adolescenti con padri single sono a rischio in entrambi i livelli d’uso e tempo di utilizzo (Hoffmann, 2002).

Patten e colleghi (1997) in uno studio Statunitense affermano che la struttura familiare non fa dipendere i sintomi di depressione nel campione

ma si assiste a tassi significativi di sintomi depressivi tra gli adolescenti che risiedono con i genitori dai quali non percepiscono sostegno rispetto a quelli che vivono con genitori che davano loro sostegno.

In conclusione dagli studi condotti nel 1970, si evince che le famiglie destrutturate hanno un elevato rischio di esiti psicopatologici avversi nel breve e nel lungo termine, questo rischio non è coerente/consistente e può essere modificato da diversi fattori.

Il deterioramento delle condizioni economiche che di solito deriva dalle perturbazioni familiari (McLanahan, 1999) è la spiegazione principale per le poche abilità dei bambini e della loro realizzazione anche se non necessariamente della comparsa di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti (Duncan, Brooks Gunn, Yeung & Smith, 1998) dopo un divorzio o una separazione. La morte dei genitori ha invece un più piccolo effetto negativo sui bambini rispetto al divorzio (Biblarz & Gottainer, 2000). La relazione tra disgregazione familiare e comportamento problematico della prole può anche essere dovuto a fattori genetici e ambientali comuni. D'Onofrio e colleghi (2006) hanno dimostrato che in un campione di gemelli, il divorzio era collegato a problemi educazionali, depressivi, d'ideazione suicidaria, problemi sessuali ed emotivi. L'aumento del rischio di un inizio precoce di consumo di droga tra i bambini che avevano avuto esperienza di divorzio è collegato a fattori genetici.

Entro il 1980 è stato quindi chiaro che i padri e le madri influenzano i bambini in modo simile in virtù di caratteristiche personali e sociali.

Sia la genitorialità materna che paterna hanno effetto sulla regolazione dell'adolescente attraverso la regolazione emotiva. L'unica dimensione di genitorialità materna che predice la regolazione emotiva è il calore umano e l'unica dimensione di genitorialità paterna che predice negativamente la regolazione delle emozioni è il controllo psicologico.

1.5 *Paternità e psicopatologia nei figli*

Molti dei primi studi sull'influenza paterna sono stati progettati per individuare le correlazioni caratteristiche paterne filiali. La stragrande maggioranza di questi studi è stata condotta tra il 1940 e il 1970, quando il ruolo del padre considerato più importante era quello di modello sessuale per il loro figlio. La maggior parte degli studi si è concentrata sullo sviluppo di questo ruolo nei figli (Biller, 1971; Lamb, 1981). La progettazione di questi primi studi è abbastanza semplice, ricercatori hanno valutato la mascolinità in padri e figli e poi hanno determinato con quanta forza le due serie di punteggi erano correlate tra di loro. Con grande sorpresa di molti ricercatori non è apparsa una consistente correlazione tra i due costrutti, sconcertante risultato perché sembrava violare l'assunto circa la funzione cruciale del padre. La qualità della relazione padre-figlio si è, invece, dimostrata una variabile di mediazione cruciale: quando i rapporti tra padri e figli maschi erano buoni, i ragazzi erano più mascolini (uomini). Successive ricerche hanno suggerito che la qualità della relazione padre-figlio era più importante della mascolinità del padre, non era dunque la mascolinità a formare il figlio ma la relazione (Mussen & Rutherford, 1963; Payne & Mussen 1956; Sears, Maccoby, & Levin, 1957). I ragazzi sembrano conformarsi agli standard di ruolo sessuale della loro comunità quando i rapporti con i loro padri sono caldi a prescindere dalla mascolinità del padre, anche se il calore e l'intimità sono stati tradizionalmente visti come caratteristiche femminili. Una conclusione simile è stata suggerita da ricerche su altri aspetti dell'adattamento psicosociale: il calore paterno o la vicinanza è apparsa favorevole, mentre la mascolinità sembra essere irrilevante (Biller, 1971; Lamb, 1981; Radin, 1981).

1.5.1 Interazione padre-figlio

La qualità dell'interazione padre-figlio è significativamente associata con i risultati emotivi e comportamentali nei bambini, nei giovani e negli anziani. Mentre l'interazione madre-bambino è più forte negli esiti emotivi e comportamentali dei bambini, la qualità dell'interazione padre-figlio è più importante nel predire gli esiti cognitivi. Una volta spostato l'interesse sul ruolo dei padri nello sviluppo dei bambini i ricercatori hanno iniziato a testare l'effetto moderatore della struttura familiare sull'associazione padre-comportamento figlio.

All'inizio gli studi si sono concentrati sul testare l'effetto moderatore tra la genitorialità paterna e il comportamento del figlio, soprattutto per quanto riguarda le regole paterne. Nel 2000 sono state pubblicate alcune rassegne e il risultato è degno di nota sia per quanto riguarda le teorie sullo sviluppo che per la progettazione degli interventi. La dimensione paterna che è stata indagata è quella del coinvolgimento guardando alla specificità della regolazione del bambino (es: impatto della paternità sull'adattamento psicologico del bambino). Ci sono studi che confermano la piena specificità (ossia che la dimensione paterna è associata al risultato ottenuto dai bambini) altri dicono che sebbene i livelli di supporto paterno sono legati ai livelli di comportamento dei bambini (Bean, Barber & Crane, 2006) per limitare i problemi comportamentali esternalizzanti è necessario il comportamento di controllo più che quello di supporto (Galambos et al., 2003).

Questi studi insieme alle prove esistenti sull'importanza della genitorialità per i campi di dis-regolazione degli adolescenti dimostrano l'importanza del controllo psicologico paterno per gli adolescenti con dis-regolazione delle emozioni.

Studiando in modo differenziale la genitorialità materna e paterna si è costatato che anche se non è stata trovata un'associazione diretta tra il diverso trattamento parentale sui risultati dei bambini in coppie di fratelli

dello stesso sesso, in coppie di fratelli di genere misto il controllo materno e paterno è differenziale in particolare riguardo all'interiorizzazione del comportamento nelle ragazze e il calore paterno era differenziale per quanto riguarda i comportamenti esternalizzanti dei fratelli maggiori (Walton & Flouri, 2010).

Per quanto riguarda l'effetto moderatore dell'associazione tra genitorialità paterna e psicopatologia del figlio o il diverso coinvolgimento dei padri si è migliorata la comprensione di come questi due aspetti sono tra loro correlati identificando così gruppi specifici d'intervento. Ci sono tuttavia pochi studi che collegano questi due aspetti in particolare che collegano la psicopatologia nei figli con alcune dimensioni di paternità. Uno di questi studi è stato quello sulla fornitura economica, anche se ci sono state ricerche che collegano l'assenza di fornitura economica da parte dei padri con conseguenze psicologiche nei bambini, in particolare problemi di comportamento esternalizzante (Amato & Gilbreth, 1999), nelle famiglie con padre assente; sappiamo poco sul ruolo che ha l'economia del padre nelle famiglie in cui il padre è presente (Christiansen & Palkovitz, 2001; Gadsden, Fagan, Ray & Davis, 2004) e anche meno sull'effetto che le caratteristiche paterne hanno su quest'associazione (Crouter, Davis, Updegraff, Delgado & Fortner, 2006). La presenza del reddito del padre non può essere associata a esiti secondari positivi quando il padre non contribuisce alle spese di casa o quando il suo consumo di risorse drena il bilancio familiare, soprattutto se usa i soldi per oggetti e servizi personali (Engle & Breaux, 1998) .

Graham e Sellers (2002) hanno tentato di distinguere gli effetti benefici del pagamento degli assegni di mantenimento e di altre influenze potenziali sul rendimento scolastico dei bambini. Loro hanno notato che il mantenimento prediceva risultati migliori rispetto ad altre fonti di reddito, suggerendo che il pagamento del mantenimento dei figli non si limita a un impatto diretto sullo sviluppo del bambino. Piuttosto i padri che pagano il

mantenimento dei figli possono essere più delicati, possono avere rapporti migliori con le madri, possono vedere spesso i loro figli e avere la capacità e la tendenza a sostenerli.

Solo esplorando questi potenziali percorsi i ricercatori sono in grado di spiegare perché e come i padri sono importanti per le famiglie e per i bambini

1.5.2 Effetti del coinvolgimento paterno

Nel 1980 è stato confrontato lo stato dei bambini nelle famiglie tradizionali con quelle in cui i padri hanno preso primaria o uguale responsabilità della madre per la custodia dei bambini (Lamb, Pleck, & Levine, 1985; Radin, 1994; Russell, 1983, 1986) e sono stati esaminati i correlati di vari livelli d'impegno paterno (Koestner, Franz, e Weinberger, 1990; Mosely & Thomson, 1995). I risultati sono stati notevolmente coerenti. I bambini con padri molto coinvolti erano caratterizzati da maggiore competenza cognitiva, maggiore empatia, minor numero di credenze stereotipate (basate sugli stereotipi sessuali) e un alto locus of control interno (Pleck, 1997; Pruett 1983, 1985; Radin, 1982, 1994).

Un elevato grado di coinvolgimento paterno ha permesso ai padri di soddisfare il desiderio di vicinanza con i loro figli pur permettendo alle madri di avere adeguatamente stretti rapporti con i loro bambini e perseguire gli obiettivi di carriera. In altre parole, l'aumento del coinvolgimento paterno può dare più soddisfazione a entrambi i genitori, i quali stavano bene come coppia ed erano in grado di lavorare. In tutti questi studi i padri erano molto coinvolti nella cura dei bambini perché loro e i loro partner desideravano ciò. Gli effetti sui bambini sono stati diversi quando i padri sono stati costretti a partecipare, magari sono stati licenziati mentre le loro partner sono state in grado di mantenere il loro lavoro (Johnson & Abramovitch, 1985), in tali circostanze le mogli possono aver risentito del fatto che i loro mariti non potevano sostenere la famiglia, mentre i mariti apparivano indignati perché dovevano svolgere il lavoro

da donne invece di provvedere per le loro famiglie dal punto di vista finanziario (Johnson & Abramovitch, 1988; Russell, 1983). Questa costellazione di fattori sembra avere effetti negativi sui bambini, così come lo stesso grado di coinvolgimento aveva effetti positivi quando le circostanze erano positive. La misura del coinvolgimento paterno potrebbe essere considerata molto meno significativa rispetto alle ragioni dell'elevato coinvolgimento e alla valutazione che hanno di esso i genitori. Da un'ampia rassegna sul ruolo del padre nell'eziologia, prevenzione e il trattamento d'ansia nel bambino in generale (Boëgels e Phares 2008) sono state disegnate le seguenti conclusioni: la ricerca sul normale sviluppo del bambino suggerisce che i padri svolgono un ruolo importante e diverso da quello delle madri, in generale, per quanto riguarda la socializzazione dei bambini e nella protezione dei bambini contro una grave ansia; studi nel campo della psicopatologia dello sviluppo suggeriscono che se i padri non sono coinvolti, non sono caldi e non favoriscono l'autonomia del bambino, il bambino è a rischio di sviluppare l'ansia. I pochi studi che hanno incluso i padri suggeriscono che lo specifico comportamento paterno è associato con livelli di socialità nella prole, maggiore o minore livello d'ansia, più che i comportamenti materni, specialmente quando i bambini sono socialmente ansiosi.

1.5.3 Influenza diretta e indiretta dei padri

Non c'è dunque un solo modo in cui i padri possono influenzare i loro figli, ma l'influenza può avvenire direttamente o indirettamente.

Influenzano direttamente attraverso il loro comportamento, atteggiamento e i messaggi che trasmettono, elementi salienti quando l'interazione materna e paterna differiscono. Quando i padri parlano ai bambini, usano metodi direttivi, riferimenti a eventi passati rispetto alle madri (Leaper, Anderson, e Sanders, 1998; Tomasello, Conti-Ramsden, & Ewert, 1990). I quesiti e le forme complesse di un discorso mettono a dura prova linguistica i bambini, i padri si pensa servino come ponte verso il mondo

esterno (Ely, Berko- Gleason, Narasimhan, e McCabe, 1995; Mannle e Tomasello, 1987). In tal modo, gli unici stili comunicativi dei padri insegnano direttamente circa la linguistica, le esigenze comunicative e gli scambi sociali. I padri giocano molteplici ruoli e influenzano lo sviluppo dei loro figli in molti altri modi che attraverso la sola interazione diretta.

Influenzano indirettamente attraverso i loro effetti sulle altre persone e circostanze sociali. Per esempio, come in precedenza affermato, il sostegno economico della famiglia costituisce un modo indiretto ma importante con cui i padri contribuiscono alla crescita e alla salute emotiva dei loro figli. Inoltre, il supporto economico (o la sua mancanza) è uno dei modi in cui padri non affidatari influenzano lo sviluppo dei loro bambini. Una seconda e importante fonte indiretta d'influenza deriva dal ruolo del padre come una fonte di supporto emotivo e strumentale alle altre persone, principalmente alle madri, coinvolte nella cura diretta dei figli. La funzione del padre come fonte di supporto emotivo tende a valorizzare le qualità della relazione madre-bambino e quindi facilita lo sviluppo positivo dei bambini. Al contrario, quando i padri sono conflittuali, non solidali e coniugali, i bambini possono soffrire (Cummings, Goeke-Morey, e Raymond, 2004). I padri possono anche influire sulla qualità delle dinamiche familiari coinvolgendosi nei lavori domestici bambino-correlati, facilitando così i carichi di lavoro delle madri. (Pleck, 1983, 1984). Il coinvolgimento paterno nell'esemplificare i lavori domestici è un altro modo in cui i padri influenzano i loro bambini fornendo modelli di comportamento che i bambini possono emulare. Molti dei comportamenti, modelli acquisiti nell'infanzia sono il risultato di lezioni derivate dall'osservazione degli altri e regolando il proprio comportamento di conseguenza.

I meccanismi e i mezzi con cui i padri influenzano i loro figli sembrano molto simili a quelli che mediano le influenze materne sui bambini.

Le caratteristiche dei singoli padri come la loro mascolinità, l'intelletto, il calore sono meno importanti formativamente parlando rispetto alle relazioni che hanno costituito con i loro figli. I bambini che hanno relazioni sicure, reciproche e sensibili con i loro genitori sono molto più ben regolati psicologicamente rispetto agli individui cui i rapporti con i genitori, madri o padri, sono meno soddisfacenti. Analogamente la quantità di tempo che i padri e i figli trascorrono insieme è probabilmente molto meno importante di quello che fanno con quel tempo e come padri. I padri svolgono molteplici ruoli nella vita dei loro figli e quindi influenzano i loro figli in modi diversi che possono variare da famiglia a famiglia, secondo le aspirazioni e le attese dei singoli genitori, delle loro comunità e delle loro culture.

CAPITOLO 2

Psicopatologia genitoriale e nei figli

La letteratura scientifica internazionale punta la psicopatologia genitoriale come fattore di rischio caratteristico per sviluppo e mantenimento di problemi emotivi e comportamentali nei bambini. Douglas (1995) afferma che più gravi sono i problemi delle madri e dei padri, più velocemente il bambino svilupperà problemi comportamentali.

Molti studi si sono concentrati sull'influenza che ha la depressione materna sui problemi internalizzanti dei bambini; sull'impatto del disturbo alimentare materno sulla salute mentale dei bambini e hanno considerato il possibile ruolo della psicopatologia paterna come variabile di mediazione. In alcuni è stato trovato che le madri afflitte da depressione maggiore o disturbo di panico hanno molto probabilmente figli che soffrono di problemi comportamentali ed emotivi. La depressione materna è associata a disturbo depressivo, fobia sociale, disturbo del comportamento dirompente, ansia di separazione, disturbo d'ansia generalizzato e funzionamento sociale compromesso nel bambino; il disturbo di panico materno è associato a disturbo di panico, acrofobia, ansia di separazione, disturbo d'ansia generalizzato nei bambini (Shahinfar, Fox, & Leavitt, 2000; Sanders, Ralph, Thompson, Sofronoff, & Gardiner, 2007). Questi risultati sono mediati da fattori di protezione o di rischio legati al funzionamento psicologico materno e/o della qualità d'attaccamento padre-bambino.

2.1 Combinazione tra psicopatologia materna e paterna

Studi empirici indicano che bambini in età prescolare, con due genitori depressi sono a rischio significativamente maggiore di sviluppare un disturbo rispetto a chi ne ha solo uno (Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, & Prusoff, 1984).

Per quanto riguarda la combinazione tra psicopatologia materna e paterna, anche se l'accoppiamento assortativo aumenta la probabilità che partner di madri con malattie mentali avrà una qualche forma di disturbo psichiatrico, relativamente poca attenzione è stata dedicata ai padri di questi bambini. Un'eccezione è lo studio Marmorstein, Malone & Iacono (2004) basato sulla comunità di gemelli adolescenti, sulle loro madri depresse e non depresse, e partner delle loro madri (padri biologici). Lo studio ha dimostrato che le madri depresse tendono a collaborare con padri antisociali e che la depressione nelle madri e il comportamento antisociale nei padri erano entrambi significativamente e indipendentemente associati con la depressione della prole e disturbo della condotta.

Pinquart e Teubert (2010) affermano che una combinazione tra la psicopatologia materna e paterna può creare uno stile di co-genitorialità dominato da cicli interattivi negativi con i bambini. Il funzionamento adattivo paterno può fungere da fattore predittivo contro lo sviluppo della psicopatologia nei bambini, facilitando nella madre la comprensione dei bisogni dei loro figli (Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell J., & Murray L., 2004).

La comprensione dei meccanismi attraverso i quali il rischio psichiatrico si trasmette nelle famiglie è necessaria se si vogliono sviluppare degli interventi efficaci.

2.2 *Psicopatologia paterna*

Vista l'evoluzione della figura paterna nella vita del bambino durante i decenni e costatata, attraverso studi scientifici, l'importanza del ruolo e della funzione paterna nello sviluppo psicologico, emotivo e comportamentale del bambino si è iniziato dal 1980 a puntare l'attenzione sull'associazione tra la psicopatologia paterna e la psicopatologia dei figli;

quindi non solo cosa accade nelle condizioni di relazione con un padre sano ma anche cosa accade nello sviluppo di bambini in condizioni di psicopatologia paterna.

Ci sono ampie prove che la psicopatologia paterna e altri fattori paterni come l'interazione padre-figlio, sono legati alla psicopatologia del bambino, come la depressione. La psicopatologia paterna è stata associata ad alti livelli di problemi comportamentali e di disadattamento in bambini e adolescenti (Kane & Garber, 2004); la presenza o assenza di disturbi mentali nei padri modifica il grado di rischio nei figli e padri con deterioramento possono aumentare la probabilità di risultati negativi in bambini con madri depresse (Jaffee, Moffit, Caspi & Taylor, 2003). Inoltre, psicopatologia paterna aumenta la vulnerabilità genetica per lo sviluppo di disturbi psichiatrici, aggrava lo stress tra i membri della famiglia, riduce la coesione negli ambienti familiari in cui questi bambini vivono (Dierker, Merikangas, & Szatmari, 1999).

2.2.1 *Problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli*

Connel e Goodman (2002) attraverso una meta-analisi, hanno concluso che sebbene i problemi d'interiorizzazione dei bambini sembrano essere legati più strettamente alla psicopatologia materna rispetto alla paterna, i problemi di comportamento esternalizzante dei bambini sembrano essere collegati in modo paragonabile alla psicopatologia dei padri e delle madri. La ricerca spesso ha incluso la genitorialità paterna come una variabile interveniente nel collegamento con la psicopatologia dei bambini. La maggior parte di questi studi testa l'effetto di depressione paterna e sostanze d'abuso sulla paternità, poco invece è stato ricercato in letteratura sui disturbi psichiatrici paterni, come ADHD. Ricercatori hanno trovato che alti livelli di disattenzione e impulsività nei padri predicono una genitorialità passiva, un'eccessiva attività e polemica quando interagiscono con il bambino (Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek, &

Friedman, 2003). Più di recente, Psychogiou, Daley, Thompson & Sonuga (2008) hanno dimostrato che l'aumento di sintomi di ADHD nei padri interagisce con sintomi ADHD nei bambini esacerbando la genitorialità negativa.

Ci sono pochi studi che hanno misurato l'ansia dei padri piuttosto che i disturbi d'ansia definiti in maniera categorica. In uno studio su un campione di bambini con deficit di attenzione / iperattività (ADHD) e oppositivo Defiant Disorder (ODD), l'ansia nei padri ha previsto unicamente più conflitti nell'interazione padre-figlio al di là dalla gravità dei sintomi ADHD e ODD nei bambini (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001). L'ansia sociale nel padre, ma non la madre, era significativamente correlata con meno calore percepito dal bambino (Bögels, Van Oosten, Muris, & Smulders, 2001). Per quanto riguarda il calore genitoriale segnalato e il coinvolgimento positivo, è stato trovato in un campione di bambini con ADHD solo un'associazione con le madri e non con padri di maggiore quantità d'ansia (Kashdan et al., 2004).

Negli ultimi venti anni i progressi nel campo della ricerca sull'associazione tra bambino e psicopatologia paterna sono cresciuti. Ad esempio, ci sono studi che testano i collegamenti tra disturbi psichiatrici paterni infantili e psicopatologia della prole (Clark et al. 1997), in vista delle prove che l'infanzia psichiatrica dei genitori può essere fortemente predittiva nei casi di bambini con disturbi psichiatrici che diventano da adulti genitori psichiatrici o con disturbo d'abuso di sostanze. Nel Regno Unito, per esempio, Ramchandani e colleghi hanno dimostrato che, anche dopo il controllo per depressione post-natale materna e in seguito paterna, la depressione paterna durante il periodo post-natale è stata associata con interiorizzazione nei bambini piccoli e con problemi di comportamento esternalizzante e a un aumentato rischio di problemi comportamentali di ragazzi (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005) e che, anche dopo controllo per l'ansia materna, l'ansia paterna nel primo anno di vita del

bambino è stata associata a ricorrente dolore addominale in tarda infanzia (Ramchandani, Stein, Hotopf, & Wiles, 2006) .

C'è un'abbondanza di prove sull'influenza negativa dell'assenza del padre sul rendimento scolastico dei figli, sull'aggressività dei ragazzi, sull'aumento dei comportamenti a rischio (McLanahan, 1999).

Alcuni teorici psicodinamici e dell'attaccamento hanno suggerito che la presenza paterna e la loro accessibilità al figlio offre al bambino un senso di sicurezza (Lamb, 1977). Se un genitore non riesce a compensare il comportamento disfunzionale dell'altro ciò, può aumentare il rischio di danno.

I padri, tuttavia, sono stati ignorati per molto tempo in molti tipi di psicopatologia dello sviluppo, le ipotesi di ciò sono varie una potrebbe essere quella che le madri contano di più dei padri nella vita del bambino, ipotesi, come visto in precedenza, non supportata empiricamente; la seconda ipotesi è che le madri passano più tempo con i figli (Lamb, 2000), tuttavia non vi è prova che collega la quantità di tempo parentale con esito desiderabile nel bambino, il che suggerisce la qualità più che la quantità di coinvolgimento come la più influente (Amato & Rezac, 1994). Gran parte dell'influenza dei padri e delle madri sui bambini con ansia potrebbe passare attraverso un'interazione non diretta genitore-bambino. Un padre che è lontano per molto tempo da casa a causa del lavoro può dare un modello positivo e dinamico al suo bambino circa il mondo che può essere esplorato, a dimostrazione che è un posto sicuro dove stare. Terza ipotesi si pensa che le madri siano più facilmente coinvolgibili nella ricerca (Phares e Compas, 1992; Phares, Campi; Kamboukos & Capez, 2005).

Tuttavia se i padri non sono coinvolti nelle ricerche possono ostacolare la conoscenza sulla trasmissione intergenerazionale dei disturbi.

Per quanto riguarda lo studio dei profili psicologici dei padri sul funzionamento internalizzante ed esternalizzante dei bambini, uno studio Italiano di Cimino, Cerniglia & Paciello (2014) ha cercato di valutare il funzionamento adattivo (internalizzante ed esternalizzante) di figli di madri con disturbo depressivo, d'ansia e alimentare e senza alcun disturbo considerando il profilo psicologico dei padri nel corso del tempo. I risultati di questo studio sono stati in linea con la ricerca internazionale che suggerisce che la psicopatologia delle madri può favorire problemi comportamentali ed emotivi dei loro figli, che aumentano durante lo sviluppo. In particolare in questo studio citato i figli di madri con diagnosi hanno mostrato punteggi significativamente più alti sulle dimensioni interiorizzazione ed esteriorizzazione rispetto ai ragazzi di madri in buona salute. I dati mostrano che le diagnosi specifiche nelle madri sono legate a specifici schemi emotivi e comportamentali disadattivi dei figli. Bambini con madri aventi depressione e ansia mostravano maggiori punteggi nei sintomi d'internalizzanti rispetto ai bambini degli altri gruppi; bambini di madri con disturbo alimentare hanno mostrato maggiore punteggio esternalizzante rispetto ai bambini degli altri gruppi. Non è stato trovato un significativo effetto diretto della depressione materna sulle funzioni emotive e comportamentali dei loro bambini quando considerati insieme al rischio psicopatologico paterno. Piuttosto, i risultati dimostrano che la sensibilità interpersonale dei padri predice problemi d'internalizzazione nei figli. Questo risultato è coerente con la ricerca di Lovejoy e colleghi (2000) che ha suggerito che in famiglie i cui padri hanno un rischio psicopatologico, esso potrebbe avere un ruolo più grave sul funzionamento psicologico dei figli rispetto alla depressione materna. È possibile che il rapporto reciproco tra depressione materna e sensibilità interpersonale del padre può esprimere un disadattamento della funzione coppia che a sua volta si potrebbe riflettere sulla capacità dei padri nell'interazione con i figli. La povertà del caregiving è stata riconosciuta

essere un fattore predittivo dei problemi d'internalizzazione ed esternalizzazione. È importante notare che le difficoltà psicologiche delle madri e dei padri sono collegate con un'influenza bidirezionale e si può ipotizzare, in accordo con gli studi di Weissmann (1984) che i genitori spesso condividono specifiche difficoltà psicologiche il cui peso complessivo ostacola il funzionamento emotivo e comportamentale del loro bambino in direzione dei problemi, internalizzanti. I bambini hanno ricevuto specifici profili disadattivi a secondo della diagnosi della madre, madri con depressione avevano più possibilità di figli ritirati, madri con disturbi alimentari maggiore possibilità di figli che mostravano aggressività. Un'associazione è stata trovata tra madri con DCA e i risultati negativi di funzionamento emotivo nei loro figli (come comportamenti d'aggressività e opposizione). La sensibilità interpersonale dei padri, la depressione, l'ansia e lo psicotismo predicevano in modo significativo i problemi internalizzanti dei loro figli. In particolare la sensibilità interpersonale dei padri e lo psicotismo predicevano in modo significativo l'esternalizzazione del bambino al tempo T1, mentre ostilità dei padri e psicotismo prevedevano in modo significativo i problemi, esternalizzanti del bambino al tempo T2.

2.3 *Disturbo del comportamento alimentare (DA)*

I Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano complessi quadri sindromici attraverso i quali si esprimono condizioni diverse di sofferenza psichica grave e profonda. Dagli anni '70 in poi questi disturbi si sono diffusi nel mondo industrializzato in modo preoccupante, per la numerosità dei casi, per la gravità dei quadri clinici e perché colpiscono sempre di più la popolazione giovanile (Guidetti, 2005).

Attualmente i Disturbi del Comportamento Alimentare (DA) costituiscono una delle patologie emergenti di maggiore interesse, si stanno

diffondendo con notevole rapidità e riguardano fasce sempre più ampie di popolazione.

Si è abbassata l'età di esordio della patologia, con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso, specifico per i disturbi dell'età evolutiva e dell'adolescenza, con un impatto economico sempre maggiore sui servizi sanitari nazionali.

Alle forme piuttosto rare della prima infanzia, come la Pica, il Disturbo di ruminazione ed il Disturbo della nutrizione e della condotta alimentare della prima infanzia, si affiancano oggi, in numero sempre maggiore, casi di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri clinici molto simili a quelli che fino a poco tempo fa si osservavano solo nell'adolescente e nell'adulto, come l'Anoressia e la Bulimia.

Il corpo è da sempre al centro della maggior parte dei conflitti, sia nei bambini sia negli adolescenti, generalmente, crisi e conflitti trovano nei comportamenti alimentari una manifestazione sintomatica di espressione.

Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un'incidenza di nuovi casi dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'Anoressia nervosa intorno allo 0,2 - 0,8%, quello della Bulimia nervosa intorno al 3% e quella dei Disturbi Del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA - NAS) tra il 3,7 e il 6,4%. L'età di esordio cade tra i 10 e i 30 anni, con un'età media d'insorgenza intorno ai 17 anni.

La patologia appare dunque in continuo aumento per quanto riguarda la Bulimia e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o BED (Binge Eating Disorders).

Si è modificato anche il rapporto maschi/femmine che è stimato pari a 1:9, ma il numero di maschi è in crescita e in particolare è in aumento la patologia maschile in età adolescenziale o pre-adolescenziale.

Esiste anche in questi giovani pazienti un continuo tra bulimia e anoressia e la frequente transizione tra un disturbo e l'altro. Alcuni autori hanno riscontrato, tra i bambini affetti da disturbi del comportamento alimentare, un'aumentata incidenza di altri disturbi psichiatrici come la depressione e il disturbo ossessivo compulsivo. Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi possono essere presenti anche in questa fascia di età. L'abbassamento dell'età di esordio della patologia e la presenza di disturbi atipici impongono la necessità di una attenta analisi dei fattori predittivi e delle caratteristiche psicopatologiche e di valutare la disponibilità di strutture idonee specificamente dedicate al trattamento dei DCA in età evolutiva.

Criteri diagnostici

1) *Anoressia Nervosa (AN)*

Per fare diagnosi di *Anoressia Nervosa (AN)*, il DSM IV TR richiede che siano presenti tutti e 4 i seguenti criteri diagnostici:

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i

suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni).

Specificare il sottotipo:

- Con Restrizioni: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa (AN) il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclismi).
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa (AN) il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclismi).

2) *Bulimia Nervosa (BN)*

Per fare diagnosi di *Bulimia Nervosa (BN)*, il DSM IV TR richiede che siano presenti tutti e 5 i seguenti criteri diagnostici:

A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti elementi:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es, un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbero nello stesso tempo e in circostanze simili;
- 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando.)

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, di diuretici, di enteroclismi o di altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa (AN).

Specificare il sottotipo:

- Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa (BN) il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclismi.

- Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito auto-indotto o all'uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclismi.

3) *Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (DANAS)*

Questa categoria riguarda, come già detto, quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo dell'Alimentazione. Gli esempi includono:

- 1) Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa (AN) in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- 2) Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa (AN) sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.
- 3) Tutti i criteri della Bulimia Nervosa (BN) risultano soddisfatti tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.
- 4) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).
- 5) Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo.

6) *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)*: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa (BN).

Per il *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)*, o in inglese *Binge Eating Disorder (BED)*, nell'appendice B del DSM IV TR sono stati proposti i seguenti criteri:

A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:

- 1) mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;
- 2) sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- 1) mangiare molto più rapidamente del normale
- 2) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- 3) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
- 4) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- 5) sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.

C. E' presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.

E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di

purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Quando consideriamo queste patologie in età adolescenziale, sotto i 14 anni e in ragazzi e ragazze in età prepuberale o comunque ad un'età inferiore ai 12 anni la chiarezza diagnostica è più incerta. I ragazzi di età compresa tra gli 8 e i 14 anni presentano un'ampia gamma di comportamenti alimentari problematici la cui caratteristica più frequente è il rifiuto del cibo, ma non per questo sempre di tipo anoressico (Lask, & Bryant-Waugh, 1993). In questa età l'incidenza dei soggetti maschi è molto più elevata che non nelle età successive. I disturbi alimentari senza una causa organica evidenziabili in ragazzi in età inferiore ai 14 anni possono essere: disturbo emotivo di rifiuto del cibo, disfagia funzionale, rifiuto pervasivo, alimentazione selettiva, anoressia secondaria depressione, bulimia nervosa e anoressia nervosa.

2.3.1 Psicopatologia genitoriale e DA

Nei resoconti di pazienti in terapia per DA nella storia clinica di tutti i soggetti si trovano alcune costanti nello stile d'accudimento. Non sono molte le ricerche sullo stile d'attaccamento dei soggetti con DA psicogeno, esse partono dalla fine degli anni '80. Dato certo che emerge da queste ricerche è che fra le persone con disturbo del comportamento alimentare il numero di soggetti con attaccamento insicuro è elevato con percentuali variabili. Le madri sono descritte come intrusive e incostanti e il loro stile di relazione confuso, indefinito e invischiato. Nell'età infantile momenti di lontananza emotiva si alternano a momenti d'iper-focalizzazione sui bisogni del bambino. I genitori possono avere difficoltà sul focalizzarsi sui segnali del piccolo, spesso perché ansia o altre emozioni s'interpongono al flusso emotivo del bambino. L'ansia nel gestire i disagi del figlio porta a usare preferibilmente strategie di anticipazione dei bisogni, rendendo difficile per il bambino stabilire adeguati collegamenti tra stati interni e

situazioni esterne. Importanti sono i fattori temperamentali, organici e relazionali. Nel valutare i fattori relazionali, l'aspetto che generalmente è preso in esame sono le caratteristiche materne, le madri dei bambini che tendono a sviluppare un disturbo del comportamento alimentare sono imprevedibili dal punto di vista del comportamento, controllanti, intrusive, iperstimolanti con atteggiamento coercitivo; poco flessibili e calde, tendono a usare punizioni fisiche se il bambino non mangia e a forzare l'alimentazione. Generalmente presentano disturbo dell'umore, d'ansia ed esse stesse disturbo del comportamento alimentare (Strepparava MG., Iacchia E., 2012)

Diversi studi hanno esaminato i comportamenti di rifiuto alimentare e peso vacillante nei bambini di madri con disturbo del comportamento alimentare (DCA). I risultati della ricerca empirica e clinici hanno portato molti autori a suggerire che i disturbi alimentari dei bambini sono associati con i disturbi alimentari materni (Micali, Simonoff, Stahl, & Treasure, 2011) e che la presenza di DCA nelle madri può prevedere la scarsa crescita fisica dei neonati (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, & Chatoor, 2012). Mentre la maggior parte degli studi in questo campo si è occupata per eccellenza del disturbo materno e della sua influenza sul bambino, i profili psicologici dei padri, i quali rappresentano fattori significativi di rischio o protezione, hanno ricevuto relativamente poca attenzione; è stato proposto che difficoltà psicopatologiche paterne influiscono negativamente sulle interazioni triadiche che coinvolgono madre-padre-bambino e che una combinazione di psicopatologia materna e paterna possa creare uno stile di co-genitorialità dominato da cicli d'interazioni negativi con i bambini durante il gioco e l'alimentazione (Pinquart & Teubert, 2010). Interessante è notare che, Fassino, Amianto, e Abbate-Daga (2009) hanno suggerito che quest'associazione tra sintomi psicopatologici dei genitori e Disturbo Alimentare per i bambini può rimanere stabile nel tempo. Dall'altra parte, un funzionamento psicologico

paterno adattivo potrebbe facilitare la comprensione alle madri dei bisogni dei loro figli e quindi servire come fattore protettivo contro lo sviluppo di psicopatologie nei bambini (Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell, & Murray, 2004). Tuttavia, vi è la mancanza d'informazioni nella letteratura scientifica circa il ruolo del padre come rischio potenziale o fattore protettivo. Un'eccezione è lo studio longitudinale di Cimino, Cerniglia, Paciello & Sinesi (2012) mira a elaborare ulteriormente l'impatto del disturbo alimentare materno sul funzionamento emotivo dei bambini e facendo un attento esame dei profili paterni; obiettivi che lo studio si pone sono quelli di chiarire il ruolo della madre con alterato profilo endocrino; l'effetto del profilo psicologico materno e l'influenza dei profili psicologici paterni sullo sviluppo emotivo dei bambini.

I bambini di donne con alterato sistema endocrino sono stati descritti nella letteratura internazionale come oppositivi, aggressivi, ritirati e mostrano forte ansia e sintomi depressivi; coerentemente con i risultati di Patel, Wheatcroft, Park & Stein è stato scoperto che il DCA materno è la questione cruciale che ha influenzato il funzionamento disadattivo dei bambini in tutti i tempi di valutazione. Le caratteristiche specifiche di somatizzazione nei profili psicologici delle madri sembrano prevedere come problematiche nei figli il ritiro/depressione, comportamento aggressivo ed esternalizzazione. Inoltre, lo psicotismo delle madri influenza le sotto-scale d'ansia e depressione nei bambini. Questi risultati sono coerenti con gli studi di Riahi, Amini, Salehi, & Veisi che rilevano l'effetto dei sintomi psicotici delle madri sui comportamenti interiorizzanti dei loro figli. I dati suggeriscono inoltre uno specifico profilo psicologico paterno, in particolare ansia e sintomi ossessivi/compulsivi possono prevedere questioni problematiche nel funzionamento globale del bambino, sia nell'interiorizzazione sia nelle aree di esternalizzazione. Coerentemente con i risultati, Dietz et al. (2009) hanno fornito un'evidenza empirica della presenza di sintomi psicopatologici nei partner di

donne con disturbo alimentare che possono facilitare l'insorgenza di disturbi emotivi dei loro figli. Infine, è interessante che solo i sintomi depressivi materni influenzano il funzionamento disadattivo quando erano presenti i sintomi ossessivo-compulsivi paterni. Questa scoperta supporta i risultati precedenti di Dietz et al. e Bagner et al. (2010) che mostrano che i risultati negativi nei bambini esposti a sintomi depressivi materni sono anche dipendenti dalla presenza di rischio psicopatologico paterno.

Ansia, Ostilità e disturbo Ossessivo-Compulsivo dei padri possono favorire i disturbi alimentari nei figli e i problemi internalizzanti, anche controllando il peso delle possibili caratteristiche materne. Il rischio psicopatologico paterno è stato correlato ad asincronia interazionale, scarso coinvolgimento e mancata condivisione di legami affettivi positivi con il bambino durante il gioco e l'alimentazione; ciò è stato associato ad alimentazione restrittiva e selettiva, rifiuto del cibo in bambini piccoli; perdita di appetito secondaria a depressione, introduzione eccessiva di cibo o binge-eating sono diagnosticati in bambini più grandi e negli adolescenti.

Lo stile paterno d'interazione diverge da quello materno, si caratterizza per il gioco e il contatto fisico e ciò sembra avere un ruolo specifico nella promozione dei processi di regolazione emotiva nei bambini il cui cattivo funzionamento è stato collegato alla comparsa di disturbi del comportamento alimentare (Haycraft and Blissett, 2012).

2.4 *Disturbo della condotta (DC)*

I Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD) si associano a un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito scolastico (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione), familiare (conflittualità verbale, aggressività fisica, fughe) e sociale (emarginazione, abbandono

scolastico, ingresso in gruppi dissociali). I DCD sono abitualmente distinti in Disturbo della Condotta (DC) e Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP) (American Psychiatric Association 2004).

La diagnosi di DC è basata sulla presenza di 4 aree sintomatologiche:

- 1) aggressività nei confronti di persone e/o animali;
- 2) distruzione di proprietà;
- 3) comportamenti d'inganno e furto;
- 4) grave violazione di regole sociali.

Criteri diagnostici

1)Disturbo della condotta (DC)

A Una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le principali norme e regole sociali appropriate per l'età, come manifestato dalla presenza di tre (o più) dei seguenti criteri nei 12 mesi precedenti, con almeno un criterio presente negli ultimi sei mesi:

Aggressioni a persone o animali

- 1) spesso fa il prepotente, minaccia, o intimorisce gli altri
- 2) spesso dà inizio a colluttazioni fisiche
- 3) ha usato un'arma che può causare seri danni fisici ad altri (per es. un bastone, una barra, una bottiglia rotta, un coltello, una pistola)
- 4) è stato fisicamente crudele con le persone
- 5) è stato fisicamente crudele con gli animali
- 6) ha rubato affrontando la vittima (per es. aggressione, scippo, estorsione, rapina a mano armata)
- 7) ha forzato qualcuno ad attività sessuali

Distruzione della proprietà

- 8) ha deliberatamente appiccato il fuoco con l'intenzione di causare seri danni
- 9) ha deliberatamente distrutto proprietà altrui (in modo diverso dall'appicare il fuoco)

Frode o furto

- 10) è penetrato in un edificio, un domicilio, o una automobile altrui
- 11) spesso mente per ottenere vantaggi o favori o per evitare obblighi (cioè, raggira gli altri)
- 12) ha rubato articoli di valore senza affrontare una vittima (per esempio, furto nei negozi, ma senza scasso; falsificazioni)

Gravi violazioni di regole

- 13) spesso trascorre fuori la notte nonostante le proibizioni dei genitori, con inizio prima dei 13 anni d'età
- 14) è fuggito da casa di notte almeno due volte mentre viveva a casa dei genitori o di chi ne faceva le veci (o una volta sola senza ritornare per un lungo periodo)
- 15) marina spesso la scuola, con inizio prima dei 13 anni d'età

B. Il disturbo del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

C. Se il soggetto ha 18 anni o più, non sono soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità.

Nel DSM-IV sono distinte 2 tipologie di DC in base all'età d'insorgenza: il tipo a esordio nella fanciullezza in cui almeno uno dei criteri caratteristici della patologia deve essere comparso prima dei 10 anni di età e il tipo a esordio nell'adolescenza in cui tutti i criteri caratteristici della patologia devono essere assenti prima dei 10 anni. Il primo sottotipo è presente prevalentemente in soggetti maschi, che hanno frequenti condotte etero-aggressive verbali e/o fisiche, hanno importanti difficoltà relazionali con i pari, possono aver avuto un DOP o un ADHD nella prima fanciullezza e hanno sintomi che soddisfano pienamente i criteri per il DC prima della pubertà. L'esordio precoce del DC tende a essere predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di sviluppare in età giovanile e adulta un Disturbo Antisociale di Personalità e Uso di sostanze (Caspi, Elder & Herbener, 1990). I pazienti del secondo tipo hanno meno

probabilità di manifestare comportamenti aggressivi e tendono ad avere relazioni con i compagni più adeguate. La probabilità di avere un DC persistente o di sviluppare un disturbo antisociale di personalità è minore e non vi è una così netta prevalenza del sesso maschile come nel primo tipo (Aguilar, 2000).

I disturbi della condotta sono inquadrabili nell'ambito dei disturbi da esternalizzazione, ampia classe di problematiche ad esordio in età evolutiva, il cui denominatore comune è la tendenza a tradurre in comportamenti disadattivi determinati conflitti. Negli ultimi anni sono aumentati gli episodi che evidenziano la tendenza da parte dei giovani a ricorrere, più spesso che in passato, ad atti violenti e a forme di aggressività qualitativamente più degradate. Per questi motivi tali comportamenti e tale fenomeno è stato oggetto di numerosi studi e di analisi da parte di ricercatori. L'incidenza del disturbo della condotta varia dal 6-16 % nei maschi al di sotto dei 18 anni e 2-9% nelle femmine (Guidetti, 2005).

2) Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)

A. Una modalità di comportamento negativistico, ostile e provocatorio che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti quattro o più dei seguenti sintomi:

- 1) spesso va in collera
- 2) spesso litiga con gli adulti
- 3) spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare le richieste o le regole degli adulti
- 4) spesso irrita deliberatamente gli altri
- 5) spesso accusa gli altri dei propri errori o del proprio cattivo comportamento
- 6) è spesso suscettibile o facilmente irritato dagli altri
- 7) è spesso arrabbiato e rancoroso
- 8) è spesso dispettoso e vendicativo

Nota: Considerare soddisfatto un criterio solo se il comportamento si manifesta più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente in soggetti di pari età e livello di sviluppo.

B. L'anomalia del comportamento causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

C. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo psicotico o di un disturbo dell'umore.

D. Non sono soddisfatti i criteri per il disturbo della condotta e, se il soggetto ha 18 anni o più, non risultano soddisfatti i criteri per il disturbo antisociale di personalità.

2.4.1 Psicopatologia genitoriale e DC

Complessa è la correlazione tra pattern d'attaccamento e disturbi del comportamento, una ricerca di Kochanska et al. (2009) ha suggerito che l'attaccamento sicuro, di per sé, non garantisce l'assenza di disturbi del comportamento, mentre l'attaccamento disorganizzato, non quello insicuro, ha un ruolo importante nel dare inizio al ciclo coercitivo in cui l'assertività genitoriale scatena l'oppositività dei bambini.

Anche i quadri familiari correlati ai Disturbi da Comportamento Dirompente (DCD) sono eterogenei: disciplina inefficacie, mancanza di coinvolgimento, madri con sintomi depressivi e padri con tratti di personalità antisociale (Pfinner, 2005). Alcuni studi correlano inoltre lo stress genitoriale, le attribuzioni ostili delle madri con il comportamento aggressivo del figlio; le pratiche educative caratterizzate da interazioni coercitive ossia da un tipo di processo interpersonale basato sul rinforzo negativo sono considerate fattori di rischio(Patterson,1986).Un atteggiamento educativo punitivo e rigido, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico, è strettamente correlato all'insorgenza dei DCD con marcata componente aggressiva (Vitello e Stoff1997), mentre un atteggiamento inconsistente, incoerente e trascurante si correla

maggiormente ai DCD a prevalente componente delinquenziale (Loeber et al.2000). Questi due tipi d'interazioni genitore-figlio che, come abbiamo detto si sviluppano dalle prime relazioni, diventano con il passare del tempo e l'aumento delle capacità cognitive del bimbo, sempre più coercitive e intense, fino ad arrivare alla forma estrema di pattern di relazione come l'abuso fisico correlato in numerose ricerche longitudinali al disturbo della condotta (Crick e Dodge1994).

Nei DC può essere presente la comorbidità con problemi internalizzanti e ADHD ed è talmente frequente la comorbidità con dimensioni di personalità del disturbo oppositivo provocatorio: testarda, irritabile e provocatoria. La dimensione irritabilità è maggiormente legata a sviluppo di problemi internalizzanti, mentre quella testarda maggiormente legata a sviluppo di problemi esternalizzanti (Goodman2009).

Per il DC le dimensioni della pro-socialità, della difficoltà a modulare tristezza e rabbia, della spregiudicatezza sembrano essere quelle meglio correlate con la sintomatologia, anche se con differenti basi neurobiologiche o socio ambientali fra le dimensioni (Waldman et al. 2011).

Quindi i DCD, come sostenuto anche nel DSM V, possono esser esito sintomatologico di diverse problematiche temperamentali e ambientali. Fra le caratteristiche a base neurobiologica la presenza di tratti callosi-anemozionali (scarsa percezione di colpa, scarsa sensibilità alle emozioni degli altri, scarso interesse per la scuola, difficoltà a condividere emozioni) è sicuramente quella che è maggiormente collegata a peculiari esiti psicopatologici e risposte a trattamento (Salekin2010) .

Per quanto riguarda il Parenting si parla di quadri familiari tipici quali presenza di psicopatologia genitoriale, sintomi depressivi nella madre e disturbi delinquenziali nel padre come legame ai Disturbi della Condotta (Pfiffner, 2005). Il rischio di sviluppare il disturbo è comunque fortemente legato alla qualità della relazione che il figlio ha con entrambi i genitori.

Inoltre la presenza di un disturbo nel genitore influisce anche nella percezione del comportamento del figlio e quindi sulla modalità educativo-relazionale adottata dal genitore. Il processo interattivo basato sulla coercizione che s'instaura tra genitore e bambino è stato delineato come tipico esito dell'incontro tra bambino con temperamento difficile, predisposizione che lo rende meno in grado di regolare lo stress che deriva dall'imposizione di un limite e un genitore non in grado di sostenere o comprendere le richieste di un figlio. Un atteggiamento genitoriale inconsistente e poco coinvolto si correla ai DCD con prevalente componente delinquenziale, sia che questi si manifestino in età pre-adolescenziale che adolescenziale. Anche alti tassi di conflittualità di coppia sembrano influenzare lo sviluppo di comportamenti aggressivi nei figli. Un genitore aggressivo verso il/la compagno/a offre un modello di risoluzione delle problematiche interpersonali attraverso la violenza, modello da cui il figlio può apprendere. Un genitore aggressivo verso il/la compagna è anche maggiormente portato a usare metodi educativi basati sull'uso frequente e violento della punizione (Lambruschi, & Muratori 2013).

A questo tipo di attaccamento genitoriale è possibile far risalire le difficoltà di parenting caratterizzate dalla difficoltà di mentalizzare lo stato emotivo del figlio. Le difficoltà di mentalizzazione nel bambino trovano la sua origine in parallele difficoltà di mentalizzazione dei genitori, causate da esperienze traumatiche irrisolte che interferiscono con le relazioni di accudimento. Attraverso lo stile di attaccamento disorganizzato il comportamento violento del ragazzo si connette con le problematiche genitoriali. Tali problematiche possono essere così gravi da configurare vere e proprie situazioni di maltrattamento e abuso che rappresentano il fattore di rischio più grave per lo sviluppo di comportamenti violenti nel bambino. (Muratori F., 2005)

Mentre gli studi precedenti hanno considerato la quantità di periodo di permanenza dei padri con i loro figli come un indicatore di coinvolgimento, studi recenti sembrano aver rilevato l'importanza della qualità effettiva delle interazioni per comprendere specificamente come e perché il coinvolgimento paterno dovrebbe essere predittivo di un effetto positivo sullo sviluppo del bambino. Contesto familiare e relazionale in particolare le competenze genitoriali intorno al bambino agiscono come fattore protettivo o di rischio sia per quanto riguarda la competenza educativa che per quella affettiva.

Da studi in precedenza citati si evince che in bambini con padri depressi aumenta il tasso di conflitti genitori-figli e i tassi di disturbi comportamentali simili ai bambini con madri depresse; sintomi depressivi paterni predicono moderatamente comportamenti aggressivi e trasgressivi nel bambino, anche l'ostilità e la poca condotta paterna sono state studiate come fattore di rischio di problemi esternalizzanti nei figli, in particolare, i bambini a rischio DC nati da padre con frequente comportamento aggressivo evidenziano alti tassi di problemi comportamentali esternalizzanti.

Uno studio che guarda al ruolo dell'antisocialità del padre e quello di Ryan, Blazer, William, Iacono & Matt (2008). Uno dei più forti fattori di rischio per il comportamento antisociale è una storia familiare di antisocialità. I bambini nati da uomini antisociali hanno una probabilità due volte maggiore di sviluppare un disturbo del comportamento e di impegnarsi in comportamenti antisociali da adulti rispetto ai bambini che non sono nati da uomini antisociali. Nello sviluppo del disturbo interviene sicuramente il fattore genetico ma l'obiettivo dello studio citato è stato quello di indagare l'effetto dell'influenza ambientale in particolare, la presenza del padre a casa, sul bambino con comportamenti antisociali e determinare se la presenza del padre può moderare il rapporto padre-figlio. Figli di genitori antisociali soddisfano i criteri per un maggior

numero di sintomi di disturbo del comportamento e sono più propensi a ricevere una diagnosi di disturbo antisociale di personalità, disturbo della condotta, disturbo oppositivo-provocatorio, comportamento antisociale adulto, rispetto ai bambini di genitori non antisociali dimostrando la trasmissione di comportamenti antisociali da padre a figlio. Tuttavia, ciò che non si è dimostrato è la natura della trasmissione, se di tipo genetico o ambientale poiché è difficile separare i due aspetti. Studi sui gemelli sono coerenti nel dimostrare che sia il patrimonio genetico che ambientale influenzano l'antisocialità del bambino. Esiste una relazione significativa tra famiglia biologica antisociale e adottato antisociale, anche se, alcuni studi d'adozione suggeriscono che parte della trasmissione di comportamento antisociale che va di generazione in generazione può essere mediata dall'ambiente, altri studi non riescono a trovare il supporto della mediazione ambientale. Nel loro studio familiare Ryan et al. 2008 prendono una strada diversa per dimostrare l'effetto ambientale testando se la quantità di tempo che un padre trascorre a casa modera il rapporto tra padre e figlio antisociale. A oggi solo un altro studio ha esaminato tale rapporto, Jafee et al. hanno fatto uso di un campione epidemiologico di gemelli di 5 anni e dei loro genitori e investigando se l'antisocialità paterna modera la relazione tra la presenza del padre e i problemi comportamentali del figlio. Essi hanno scoperto che considerati bambini di 5 anni con padri non antisociali sono esposti a meno problemi comportamentali quando i padri sono presenti, piuttosto che assenti, i bambini con i padri altamente antisociali erano impegnati in molti problemi comportamentali quando i padri erano presenti, piuttosto che quando erano assenti. Questo studio suggerisce che i bambini con i padri antisociali presenti in casa hanno ricevuto entrambe le influenze genetiche e ambientali, aumentando il rischio di un comportamento disfunzionale precoce. Loro hanno cercato di estendere i risultati in due campioni distinti di bambini pre-adolescenza e tarda adolescenza poiché

l'antisocialità si manifesta in modo diverso nelle diverse età volendo dimostrare se la presenza del padre modera la relazione tra padre e figlio antisociale a due differenti momenti mentali dello sviluppo. La presenza del padre nella crescita del figlio è stata associata ad una minore esibizione di problemi comportamentali, mentre la presenza d'antisocialità paterna ad un maggiore esibizione di comportamenti disfunzionali partendo da ciò ci si aspettava che i padri antisociali che avevano una maggiore presenza nella vita dei loro figli potevano aver avuto maggiore opportunità di fornire un effetto ambientale rispetto ai padri che non erano coinvolti.

Dai risultati dello studio è stata trovata una forte evidenza della trasmissione di comportamento antisociale dal padre al bambino, sia nella preadolescenza sia in tarda adolescenza, l'antisocialità del padre ha significativamente predetto tutte le misure di comportamento esternalizzante nel bambino (punteggi DBI; CD; ODD; EXT e verso la tarda adolescenza AAB) sempre controllando la sua presenza. In entrambe le età, la presenza del padre nell'educazione dei figli è significativamente associata alla psicopatologia dei bambini quanto più lunga era la presenza del padre a casa, meno sintomi esternalizzanti esibivano i bambini. Sebbene la presenza del padre abbia un effetto sull'antisocialità del figlio nella tarda adolescenza indipendentemente dagli effetti dell'antisocialità del padre, nella preadolescenza, l'effetto non era abbastanza forte da essere indipendente, infatti, la presenza del padre era negativamente correlata con l'antisocialità del bimbo, ma dopo aver controllato per l'antisocialità del padre, l'effetto non era abbastanza forte da esercitare e abbattere la non significatività in questa fascia d'età.

In uno studio particolarmente informativo di Marmostein and Iacono (2004) si è esaminato il DC e la Depressione negli adolescenti in relazione alla psicopatologia dei genitori; entrambi i disturbi del bambino erano

associati all'antisocialità paterna ma non erano associati alla depressione paterna.

La letteratura internazionale riguardo a questi due settori specifici di ricerca ha suggerito che la psicopatologia genitoriale è costantemente promotrice di disturbi comportamentali e alimentari; non è tuttavia ancora chiaro in che modo la psicopatologia paterna influenza il benessere della prole.

CAPITOLO 3

Scopo, materiali e Metodi

3.1 *Scopo della tesi*

Analizzando la letteratura e partendo dall'ipotesi che la psicopatologia paterna ha un ruolo sullo sviluppo del bambino, in questo studio esplorativo/descrittivo abbiamo voluto prendere in considerazione il profilo di salute mentale paterno e lo sviluppo emotivo-comportamentale (funzionamento esternalizzante e internalizzante) dei figli; scopo generale di questo studio è stato quello di avere una migliore comprensione delle caratteristiche cliniche dei padri di bambini con DA e DC, fornendo la prova che sintomi psichiatrici paterni incidono sui problemi dei figli senza escludere gli effetti in direzione opposta. In questo modo si sono voluti individuare gli aspetti della salute mentale paterna che richiedono un maggiore intervento e scoprire quali aspetti del funzionamento del bambino richiedono particolare attenzione nel caso di padri con problemi di salute mentale.

La letteratura scientifica internazionale ha da sempre indagato come fattore di rischio cruciale per lo sviluppo e il mantenimento dei problemi emotivi e comportamentali nei bambini la psicopatologia materna. Gli studi si sono concentrati sugli effetti della depressione, disturbo d'ansia, di panico e del comportamento alimentare materni sul funzionamento internalizzante ed esternalizzante del figlio e hanno suggerito che non solo la psicopatologia materna può favorire i problemi comportamentali ed emotivi nei figli ma che a diagnosi specifiche nelle madri sono legati specifici schemi comportamentali ed emotivi disadattivi dei figli. In particolare la depressione materna è stata maggiormente associata con problemi internalizzanti, rispetto al disturbo alimentare materno

maggiormente associato con disturbi comportamentali esternalizzanti. Tuttavia, le teorie familiari hanno suggerito che la diade madre-bambino e padre-bambino sono tra loro interconnesse, infatti, è stato dimostrato che le interazioni positive padre-bambino possono influire direttamente o indirettamente sullo sviluppo cognitivo e socio-emozionale del figlio. L'influenza indiretta può avvenire attraverso il supporto economico, la crescita, il sostegno emotivo dei figli, il supporto delle decisioni e dei comportamenti della madre. In particolare dagli studi citati si evince una relazione tra dimensione ostilità paterna in entrambi i disturbi, la depressione paterna nel caso dei bambini con DC, Ansia, Ipersensibilità Interpersonale e sintomi Ossessivi-Compulsivi nel caso dei bambini con DA.

Esaminando, in ricerca, la psicopatologia paterna si è visto che essa può svolgere un ruolo cruciale nella qualità del care-giving, può modulare e integrarsi con la relazione madre-bambino. Il funzionamento adattivo dei padri può facilitare nelle madri la comprensione dei bisogni del figlio e quindi serve da fattore protettivo per lo sviluppo di psicopatologia. Solo di recente è stato affrontato l'impatto specifico che i sintomi psicopatologici dei padri potrebbero avere sulla salute mentale dei bambini.

Partendo dagli studi svolti in letteratura, negli ultimi anni è apparso sempre più utile approfondire lo studio del rischio psicopatologico paterno come possibile variabile di mediazione nell'insorgenza di compromissione nella regolazione del bambino.

Secondo queste premesse teoriche, mentre in precedenza in Italia si è puntato sul ruolo che una specifica patologia poteva avere sul funzionamento del bambino, il nostro studio esplorativo si propone e pone come obiettivi:

- Esplorazione del profilo paterno e dei figli con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare, Disturbo della Condotta e con assenza di problemi (gruppo di controllo);
- Valutazione della relazione tra le dimensioni di rischio paterne e problemi emotivo-comportamentali dei bambini con DA e DC;
- Studiare l'influenza e l'associazione tra sintomi specifici psichiatrici paterni e problemi esternalizzanti e internalizzanti dei figli separatamente nei bambini con DA e DC .

Dai precedenti studi di letteratura noi ipotizziamo un'associazione tra le dimensioni Ansia, Ostilità, sintomi Ossessivo-compulsivi e Ipersensibilità Interpersonale nel caso di figli con DA e Ostilità, Depressione e Ideazione Paranoide nel caso di figli con DC.

Gli strumenti di valutazione utilizzati sono stati un questionario sulla salute mentale SCL-90R e un questionario sui problemi comportamentali dei bambini CBCL.

3.2 *Soggetti*

Il nostro studio ha preso in considerazione tre diversi campioni di padri e figli, in totale sono stati considerati 139 bambini Italiani (41 % femmine) con un'età media di 7.8 (SD = .57). Nello specifico, 50 soggetti hanno composto il gruppo di controllo (50% femmine; età media = 7.7 anni; SD = .52), 50 soggetti il gruppo con DA (50 % donne; età media = 7.8 anni; SD = .45) e 39 soggetti il gruppo con DC (18 % donne; età media = 7.8 anni; SD = .74). Tutti i partecipanti appartenevano alla stessa etnia e la maggior parte di loro hanno vissuto con i genitori (~90%).

3.3 *Procedura*

Il campione sano è stato reclutato dalle scuole elementari del centro Italia. psicologi formati hanno contattato undici scuole del centro Italia e i genitori dei bambini segnalati senza problemi o disturbi mentali/fisici

hanno firmato il modulo del consenso informato per permettere ai loro figli di partecipare allo studio e i padri hanno compilato il questionario SCL-90R per la valutazione della loro salute mentale. I campioni DA e DC sono, invece, stati reclutati in strutture cliniche del centro Italia rispettivamente Roma e Pisa. Personalmente mi sono occupata di reclutare i dati del gruppo di padri di figli con DC della struttura IRCSS Stella Maris (Pisa).

I criteri clinici d'inclusione allo studio per entrambi i campioni clinici sono stati:

1. Diagnosi DSM-IV di Disturbo della Condotta o Disturbo Oppositivo Provocatorio e di Disturbo del Comportamento Alimentare secondo la K-SADS-PL;
2. Un QI WISC-III totale superiore a 85;
3. Soggetti non in corso di trattamento;
4. Nessuno stato psicotico o disturbi neurologici associati.

3.4 Strumenti

Per la valutazione dello stato dei sintomi psicologici dei genitori sono stati utilizzati due strumenti SCL-90R e CBCL.

3.4.1 SCL-90R:

The Symptom Checklist-90-Revised (SCL- 90-R) è un inventario di sintomi self-report che mira a misurare sintomi psicologici e stress psicologico (Derogatis, 1994). Valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici.

STRUTTURA: questionario contenente novanta item che valutano nove dimensioni principali dei sintomi:

- **Somatizzazione (SOM):** riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo;
- **Ossessivo-Compulsivo (O-C):** si focalizza sui pensieri, sugli impulsi e sulle azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderati;
- **Ipersensibilità interpersonale (I-S):** punta sui sentimenti d'inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone;
- **Depressione (DEP):** sono anche inclusi sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione;
- **Ansia (ANX):** comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori così come attacchi di panico e sensazione di terrore;
- **Ostilità (HOS):** riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia;
- **Ansia Fobica (PHOB):** persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale o sproporzionata rispetto allo stimolo;
- **Ideazione paranoide (PAR):** pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a Sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri sono tutti espressioni primarie di questo disturbo.
- **Psicoticismo (PSY):** dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come i sintomi di primo rango della schizofrenia.

Sono presenti anche sette item addizionali che valutano disturbi dell'appetito e del sonno.

CARATTERISTICHE PSICOMETRICHE: **Coerenza interna:** è stata testata in un campione di adolescenti-adulti ed è soddisfacente (alfa di

Cronbach tra 0,70 e 0,96) e **Cut-off clinico:** Sono considerati interessanti i punteggi medi uguali o maggiori di 1

(Italian validated version - Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2011). La valutazione avviene in scala Likert da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Per ognuna delle dimensioni il punteggio è calcolato come medie delle domande con risposta.

3.4.2 CBCL:

Il **Child Behavior Checklist (CBCL)** è un questionario compilato dai genitori/caregivers per valutare le capacità di un bambino e il suo comportamento specifico ed emotivo (Achenbach & Rescorla, 2001).

Permette una descrizione del repertorio comportamentale ed emotivo del bambino attraverso i resoconti forniti da genitori, insegnanti e/o ragazzi, per valutare la presenza di condotte potenzialmente problematiche elencate in scale comportamentali.

STRUTTURA: è composta da cento item e due scale principali.

Da questo questionario si possono ottenere due tipi di profili: profilo di competenze (scale delle competenze) derivato da venti item suddivisi in 3 scale:

- **scala dell'attività:** valuta la quantità e la qualità della partecipazione del bambino/ragazzo a sport, hobby, giochi e attività, la quantità e la qualità dei lavori e/o lavoretti svolti e delle amicizie;
- **scala della socialità:** valuta la capacità del bambino/ragazzo di andare d'accordo con gli altri, giocare e lavorare in autonomia;
- **scala della scuola:** valuta il funzionamento scolastico profilo psicologico e/o psicopatologico (scale sindromiche) composto da 118 item sui problemi del comportamento del bambino/ragazzo valutato secondo una scala di valutazione delle risposte su tre livelli.

La Scala dei problemi **internalizzanti (INT)**: comprende le scale ansia/depressione; ritiro/depressione e lamentele somatiche; contiene le sottoscale:

- **Ansia e Depressione → Anxious/Depressed (A-D)**: presenza di sintomi di tipo depressivo come ad es. tristezza, nervosismo, solitudine, bassa autostima, sensazione di non essere amati, ecc;
- **Lamentele Somatiche → Somatic Complaints (S-C)**: valuta la tendenza ad esprimere ansia e preoccupazione attraverso disturbi fisici come ad es. nausea, mal di stomaco, mal di testa, ecc;
- **Ritiro → Withdrawn (Withdrawn/Depressed) (WIT)**: valuta la chiusura sociale, la tendenza ad isolarsi, la timidezza e la riservatezza;
- **Comportamento Delinquenziale → Rule-Breaking Behavior (R-B)**: valuta la tendenza ad assumere comportamenti di tipo delinquenziale quali rubare, mentire, appiccare fuochi e far uso di alcool o droghe;
- **Problemi di Pensiero → Thought Problems (T-P)**: valuta la presenza di pensieri e percezioni che non trovano riscontro nella realtà;
- **Problemi Sociali → Social Problems (S-P)**: valuta la difficoltà nelle relazioni con i coetanei, come ad es. l'essere presi in giro e il non andare d'accordo con i pari;

La Scala dei **problemi esternalizzanti (EXT)**: comportamenti di trasgressione alle regole; comportamento aggressivo; contiene le sottoscale:

- **Problemi di attenzione → Attention Problems (A-P)**: valuta la difficoltà a mantenere la concentrazione e la tendenza a comportamenti iperattivi, quali impulsività, nervosismo e irrequietezza motoria;

- **Comportamento Aggressivo → Aggressive Behavior (A-B):** valuta la presenza di comportamenti aggressivi, provocatori e distruttivi nei confronti di persone o cose;

La **Scala Totale dei problemi**: comprende tutti gli item che compongono le diverse scale.

La CBCL consente quindi di indagare un ampio spettro di caratteristiche dell'età evolutiva, sia in riferimento alle competenze e al coinvolgimento nelle attività, sia a proposito della presenza di problematiche emotive e comportamentali. Vengono individuate in tutto otto sindromi (approccio dimensionale).

CARATTERISTICHE PSICOMETRICHE: ha **affidabilità test-retest** e un'alta **coerenza interna** (Achenbach & Rescorla, 2001).

3.5 *Somministrazione*

Ai padri dei bambini appartenenti ai tre campioni di ricerca (disturbo alimentare, disturbo della condotta e gruppo di controllo) sono stati consegnati questi questionari.

Il primo (SCL-90R) conteneva le seguenti istruzioni:

nella lista che segue, sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. Leggila attentamente e cerca di ricordare se ne hai sofferto nella scorsa settimana, oggi compreso, e con quale intensità. Rispondi a tutte le domande facendo una crocetta sulla risposta corrispondente all'intensità di ciascun disturbo, considerando che

0= per niente 1= un poco 2=moderatamente 3=molto 4= moltissimo

Il secondo questionario (CBCL) anche in questo caso compilato dai padri ha una forma di risposta a scelta multipla su una scala di tre valori:

0=non vero; 1=qualche volta vero; 2=molto vero.

La valutazione si riferisce al presente/ultimi sei mesi per le forme compilate dai genitori e self report mentre per gli insegnanti il tempo di riferimento è presente/ultimi due mesi.

	Per niente	Un poco	Moderata- mente	Molto	Moltis- simo
1. Mal di testa					
2. Nervosismo o agitazione interna					
3. Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate					
4. Sensazione di svenimenti o di vertigini					
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale					
6. Tendenza a criticare gli altri					
7. Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri					

The screenshot shows the Microsoft Access 2003 interface with the 'tblEmployees' table open. The table contains the following data:

id	age	sex	region	education	salary	grade	marital	years
1	27	M	Africa	1	1	1	1	1
2	27	M	Africa	1	1	1	1	1
3	27	M	Africa	1	1	1	1	1
4	27	M	Africa	1	1	1	1	1
5	27	M	Africa	1	1	1	1	1
6	27	M	Africa	1	1	1	1	1
7	27	M	Africa	1	1	1	1	1
8	27	M	Africa	1	1	1	1	1
9	27	M	Africa	1	1	1	1	1
10	27	M	Africa	1	1	1	1	1
11	27	M	Africa	1	1	1	1	1
12	27	M	Africa	1	1	1	1	1
13	27	M	Africa	1	1	1	1	1
14	27	M	Africa	1	1	1	1	1
15	27	M	Africa	1	1	1	1	1
16	27	M	Africa	1	1	1	1	1
17	27	M	Africa	1	1	1	1	1
18	27	M	Africa	1	1	1	1	1
19	27	M	Africa	1	1	1	1	1
20	27	M	Africa	1	1	1	1	1
21	27	M	Africa	1	1	1	1	1
22	27	M	Africa	1	1	1	1	1
23	27	M	Africa	1	1	1	1	1
24	27	M	Africa	1	1	1	1	1
25	27	M	Africa	1	1	1	1	1
26	27	M	Africa	1	1	1	1	1
27	27	M	Africa	1	1	1	1	1
28	27	M	Africa	1	1	1	1	1
29	27	M	Africa	1	1	1	1	1
30	27	M	Africa	1	1	1	1	1
31	27	M	Africa	1	1	1	1	1
32	27	M	Africa	1	1	1	1	1
33	27	M	Africa	1	1	1	1	1
34	27	M	Africa	1	1	1	1	1
35	27	M	Africa	1	1	1	1	1
36	27	M	Africa	1	1	1	1	1
37	27	M	Africa	1	1	1	1	1
38	27	M	Africa	1	1	1	1	1
39	27	M	Africa	1	1	1	1	1
40	27	M	Africa	1	1	1	1	1
41	27	M	Africa	1	1	1	1	1
42	27	M	Africa	1	1	1	1	1
43	27	M	Africa	1	1	1	1	1
44	27	M	Africa	1	1	1	1	1
45	27	M	Africa	1	1	1	1	1
46	27	M	Africa	1	1	1	1	1
47	27	M	Africa	1	1	1	1	1
48	27	M	Africa	1	1	1	1	1
49	27	M	Africa	1	1	1	1	1
50	27	M	Africa	1	1	1	1	1
51	27	M	Africa	1	1	1	1	1
52	27	M	Africa	1	1	1	1	1
53	27	M	Africa	1	1	1	1	1
54	27	M	Africa	1	1	1	1	1
55	27	M	Africa	1	1	1	1	1
56	27	M	Africa	1	1	1	1	1
57	27	M	Africa	1	1	1	1	1
58	27	M	Africa	1	1	1	1	1
59	27	M	Africa	1	1	1	1	1
60	27	M	Africa	1	1	1	1	1
61	27	M	Africa	1	1	1	1	1
62	27	M	Africa	1	1	1	1	1
63	27	M	Africa	1	1	1	1	1
64	27	M	Africa	1	1	1	1	1
65	27	M	Africa	1	1	1	1	1
66	27	M	Africa	1	1	1	1	1
67	27	M	Africa	1	1	1	1	1
68	27	M	Africa	1	1	1	1	1
69	27	M	Africa	1	1	1	1	1
70	27	M	Africa	1	1	1	1	1
71	27	M	Africa	1	1	1	1	1
72	27	M	Africa	1	1	1	1	1
73	27	M	Africa	1	1	1	1	1
74	27	M	Africa	1	1	1	1	1
75	27	M	Africa	1	1	1	1	1
76	27	M	Africa	1	1	1	1	1
77	27	M	Africa	1	1	1	1	1
78	27	M	Africa	1	1	1	1	1
79	27	M	Africa	1	1	1	1	1
80	27	M	Africa	1	1	1	1	1
81	27	M	Africa	1	1	1	1	1
82	27	M	Africa	1	1	1	1	1
83	27	M	Africa	1	1	1	1	1
84	27	M	Africa	1	1	1	1	1
85	27	M	Africa	1	1	1	1	1
86	27	M	Africa	1	1	1	1	1
87	27	M	Africa	1	1	1	1	1
88	27	M	Africa	1	1	1	1	1
89	27	M	Africa	1	1	1	1	1
90	27	M	Africa	1	1	1	1	1
91	27	M	Africa	1	1	1	1	1
92	27	M	Africa	1	1	1	1	1
93	27	M	Africa	1	1	1	1	1
94	27	M	Africa	1	1	1	1	1
95	27	M	Africa	1	1	1	1	1
96	27	M	Africa	1	1	1	1	1
97	27	M	Africa	1	1	1	1	1
98	27	M	Africa	1	1	1	1	1
99	27	M	Africa	1	1	1	1	1
100	27	M	Africa	1	1	1	1	1
101	27	M	Africa	1	1	1	1	1
102	27	M	Africa	1	1	1	1	1
103	27	M	Africa	1	1	1	1	1
104	27	M	Africa	1	1	1	1	1
105	27	M	Africa	1	1	1	1	1
106	27	M	Africa	1	1	1	1	1
107	27	M	Africa	1	1	1	1	1
108	27	M	Africa	1	1	1	1	1
109	27	M	Africa	1	1	1	1	1
110	27	M	Africa	1	1	1	1	1
111	27	M	Africa	1	1	1	1	1
112	27	M	Africa	1	1	1	1	1
113	27	M	Africa	1	1	1	1	1
114	27	M	Africa	1	1	1	1	1
115	27	M	Africa	1	1	1	1	1
116	27	M	Africa	1	1	1	1	1
117	27	M	Africa	1	1	1	1	1
118	27	M	Africa	1	1	1	1	1
119	27	M	Africa	1	1	1	1	1
120	27	M	Africa	1	1	1	1	1
121	27	M	Africa	1	1	1	1	1
122	27	M	Africa	1	1	1	1	1
123	27	M	Africa	1	1	1	1	1
124	27	M	Africa	1	1	1	1	1
125	27	M	Africa	1	1	1	1	1
126	27	M	Africa	1	1	1	1	1
127	27	M	Africa	1	1	1	1	1
128	27	M	Africa	1	1	1	1	1
129	27	M	Africa	1	1	1	1	1
130	27	M	Africa	1	1	1	1	1
131	27	M	Africa	1	1	1	1	1
132	27	M	Africa	1	1	1	1	1
133	27	M	Africa	1	1	1	1	1
134	27	M	Africa	1	1	1	1	1
135	27	M	Africa	1	1	1	1	1
136	27	M	Africa	1	1	1	1	1
137	27	M	Africa	1	1	1	1	1
138	27	M	Africa	1	1	1	1	1
139	27	M	Africa	1	1	1	1	1
140	27	M	Africa	1	1	1	1	1
141	27	M	Africa	1	1	1	1	1
142	27	M	Africa	1	1	1	1	1
143	27	M	Africa	1	1	1	1	1
144	27	M	Africa	1	1	1	1	1
145	27	M	Africa	1	1	1	1	1
146	27	M	Africa	1	1	1	1	1
147	27	M	Africa	1	1	1	1	1
148	27	M	Africa	1	1	1	1	1
149	27	M	Africa	1	1	1	1	1
150	27	M	Africa	1	1	1	1	1
151	27	M	Africa	1	1	1	1	1
152	27	M	Africa	1	1	1	1	1
153	27	M	Africa	1	1	1	1	1
154	27	M	Africa	1	1	1	1	1
155	27	M	Africa	1	1	1	1	1
156	27	M	Africa	1	1	1	1	1
157	27	M	Africa	1	1	1	1	1
158	27	M	Africa	1	1	1	1	1
159	27	M	Africa	1	1	1	1	1
160	27	M	Africa	1	1	1	1	1
161	27	M	Africa	1	1	1	1	1
162	27	M	Africa	1	1	1	1	1
163	27	M	Africa	1	1	1	1	1
164	27	M	Africa	1	1	1	1	1
165	27	M	Africa	1	1	1	1	1
166	27	M	Africa	1	1	1	1	1
167	27	M	Africa	1	1	1	1	1
168	27	M	Africa	1	1	1	1	1
169	27	M	Africa	1	1	1	1	1
170	27	M	Africa	1	1	1	1	1
171	27	M	Africa	1	1	1	1	1
172	27	M	Africa	1	1	1	1	1
173	27	M	Africa	1	1	1	1	1
174	27	M	Africa	1	1	1	1	1
175	27	M	Africa	1	1	1	1	1
176	27	M	Africa	1	1	1	1	1
177	27	M	Africa	1	1	1	1	1
178	27	M	Africa	1	1	1	1	1
179	27	M	Africa	1	1	1	1	1
180	27	M	Africa	1	1	1	1	1
181	27	M	Africa	1	1	1	1	1
182	27	M	Africa	1	1	1	1	1
183	27	M	Africa	1	1	1	1	1
184	27	M	Africa	1	1	1	1	1
185	27	M	Africa	1	1	1	1	1
186	27	M	Africa	1	1	1	1	1
187	27	M	Africa	1	1	1	1	1
188	27	M	Africa	1	1	1	1	1
189	27	M	Africa	1	1	1	1	1
190	27	M	Africa	1	1	1	1	1
191	27	M	Africa	1	1	1	1	1
192	27	M	Africa	1	1	1	1	1
193	27	M	Africa	1	1	1	1	1
194	27	M	Africa	1	1	1	1	1
195	27	M	Africa	1	1	1	1	1
196	27	M	Africa	1	1	1	1	1
197	27	M	Africa	1	1	1	1	1
198	27	M	Africa	1	1	1	1	1
199	27	M	Africa	1	1	1	1	1
200	27	M	Africa	1	1	1	1	1
201	27	M	Africa	1	1	1	1	1
202	27	M	Africa	1	1	1	1	

Profilo paterno e dei figli in DA e DC e controllo

Per prima cosa è stata eseguita un'analisi ANOVA dei due profili padri e bambini in ogni campione per determinare se e come i DA,DC e il gruppo di controllo presentavano livelli diversi significativi per le variabili paterne e del bambino studiate (**Tabella 1**). Per i padri sono stati considerati i punteggi ricavati dalla SCL-90R tenendo conto delle nove dimensioni e per il profilo dei bambini è stata utilizzata la CBCL tenendo conto delle otto dimensioni e delle due scale internalizzante ed esternalizzante. Per ogni dimensione presa in esame è stata calcolata la media e la deviazione standard.

Tabella 1: Analisi Profili

		DA			Community			DC			
		Mean	Ds		Mean	Ds		Mean	Ds		η^2
Profilo Padri	SOM	3.05	.29	A	.18	.24	b	.30	.26	b	.96
	O-C	.58	.47	A	.15	.22	b	.44	.37	a	.20
	I-S	.61	.42	A	.16	.19	b	.34	.30	c	.28
	DEP	.59	.36	A	.18	.23	b	.33	.40	b	.22
	ANX	2.87	.42	A	.13	.18	b	.16	.16	b	.96
	HOS	2.97	.45	A	.18	.28	b	.71	.54	c	.90
	PHOB	.60	.47	A	.24	.28	b	.02	.06	c	.34
	PAR	.56	.48	A	.13	.18	b	.43	.39	a	.20
	PSY	.72	.42	A	.21	.22	b	.13	.19	b	.45

Note. SOM: Somatization; O-C: Obsessive-Compulsive; I-S: Interpersonal Sensitivity; DEP: Depression; ANX: Anxiety; HOS: Hostility; PHOB: Phobic Anxiety; PAR: Paranoid Ideation; PSY: Psychoticism

		DA			Community			DC			
		Mean	Ds		Mean	Ds		Mean	Ds		η^2
Profilo figli	A-D	59.11	4.82	a	4.89	3.08	b	61.61	8.76	a	.84
	WIT	59.53	3.61	a	4.47	1.88	b	62.08	8.20	c	.92
	S-C	55.67	1.44	a	44.33	5.23	b	57.00	5.01	a	.32
	S-P	56.62	9.62	a	43.38	4.49	b	61.13	6.63	c	.44
	T-P	57.80	8.01	a	42.20	3.73	b	59.11	7.82	a	.61
	A-P	56.04	9.23	a	43.96	6.50	b	66.92	8.30	c	.37
	R-B	54.92	1.87	a	45.08	5.87	b	63.63	6.42	c	.24
	A-B	54.13	11.50	a	45.87	5.92	b	69.00	6.03	c	.17
	EXT	54.91	11.14	a	45.09	5.36	b	68.26	5.50	c	.24
	INT	59.16	4.45	a	4.84	3.30	b	61.11	8.69	a	.85

Note. A-D:Anxious/Depressed; S-C:Somatic Complaints; WIT:Withdrawn (Withdrawn/Depressed at Time 3); A-P:Attention Problems; A-B:Aggressive Behavior; R-B: Rule-Breaking Behavior; T-P: Thought Problems; S-P: Social Problems; EXT:Externalizing Problems; INT: Internalizing Problems

Risultati ANOVA:

Per quanto riguarda le differenze di gruppo l'ANOVA ha rivelato una differenza significativa su tutte le dimensioni studiate. I tre gruppi sono significativamente diversi su entrambe le dimensioni di rischio psicopatologiche paterne [somatizzazione: $F(2136) = 1822,58$ $p < 0,000$; ossessivo-compulsivo: $F(2136) = 17,15$ $p < 0,000$; sensibilità interpersonale: $F(2136) = 26,30$ $p < 0,000$; depressione: $F(2136) = 19,51$ $p < 0,000$; ansia: $F(2136) = 1481,62$ $p < 0,000$; ostilità: $F(2136) = 599,502$ $p < 0,000$; ansia fobica: $F(2136) = 34,92$ $p < 0,000$; ideazione paranoide: $F(2136) = 17,46$ $p < 0,000$; Psicoticismo: $F(2136) = 55,61$ $p < 0,000$] del figlio e dei figli con problemi emotivi-comportamentali[ansia / depressione: $F(2135) = 182,38$ $p < 0,000$; disturbi somatici: $F(2135) = 40,49$ $p < 0,000$; ritirato $F(2135) = 268,32$ $p < 0,000$; comportamento aggressivo: $F(2135) = 82,35$ $p < 0,000$; trasgressiva comportamento: $F(2135) = 56,46$ $p < 0,000$; esternalizzazione problemi: $F(2135) = 56,46$ $p < 0,000$;

(2135) = 91,01, $p < 0,000$; problemi di internalizzazione: $F(2,135) = 185,42$, $p < 0,000$].

In particolare, come indicato nella tabella 1 padri del gruppo DA presentano alti livelli di somatizzazione, ansia e l'ostilità rispetto agli altri, e in generale mostrano un profilo più compromesso rispetto a quelli del campione di DC. Inoltre padri di entrambi i gruppi clinici riportano elevati livelli di rischio psicopatologico paterno rispetto al gruppo di controllo.

Per quanto riguarda i bambini con problemi emotivo-comportamentali, i bambini del gruppo DC mostrano alti livelli di ritiro, comportamento aggressivo, comportamento delinquenziale e problemi d'esternalizzazione rispetto al gruppo di controllo e al gruppo con DA. Tuttavia i bambini di entrambi i gruppi DA e DC presentano livelli di problemi emotivi e comportamentali più alti rispetto a quelli del gruppo controllo.

Relazione tra dimensioni di rischio paterne e problemi dei bambini con DA e DC

Poi è stata eseguita un'analisi correlazionale per esaminare l'associazione tra dimensioni di rischio psicopatologiche paterne e problemi emotivo-comportamentali in entrambi i campioni con disturbo alimentare disturbo della condotta. (Tabella 2)

Tabella 2: Correlazione

		A-D	WIT	S-C	S-P	T-P	A-P	R-B	A-B	EXT	INT
DA	SOM	.28*	.24	.14	.03	.16	.07	-.27	-.09	-.19	.33
	O-C	.22	.04	.34**	.34*	.48***	.28	.26	.33*	.33**	.36**
	I-S	.35**	.10	.26	.35*	.47***	.17	.18	.38**	.32**	.45***
	DEP	.26	.13	.22	.08	.18	.06	.05	.21	.15	.35
	ANX	.08	.10	-.06	.10	.25	.05	.03	.07	.06	.05
	HOS	.22	.03	.17	.21	.21	.13	.16	.17	.18	.28*
	PHOB	.02	.05	.33*	.33*	.46***	.18	.22	.44**	.38**	.16
	PAR	.15	.00	.25	.39**	.17	.11	.26	.10	.19	.26
	PSY	.08	.20	.17	.18	.12	.01	.11	.04	.07	.16

DC	SOM	.24	.08	.15	.29	.28	.18	-.15	.26	.19	.21
	O-C	.26	.26	.27	.33*	.42**	.32*	.05	.22	.22	.22
	I-S	.26	.19	.30	.22	.28	.18	.04	.40**	.36*	.29
	DEP	.34*	.12	.36*	.16	.52***	.16	-.03	.05	.14	.23
	ANX	.09	.02	.31	.15	.33*	.19	.11	.32	.30*	.14
	HOS	.37*	.24	.27	.07	.36*	.12	.17	.30	.35*	.41**
	PHOB	-.16	-.03	-.12	.14	-.10	.05	.02	.25	.09	-.07
	PAR	.18	.19	.33*	.22	.45**	.12	.10	.23	.30	.30
	PSY	.35	.18	.39**	.15	.51***	.14	-.02	.12	.15	.24

Note. *** significant at $p < .001$; ** significant at $p < .01$; * significant at $p < .05$

SOM: Somatization; O-C: Obsessive-Compulsive; I-S: Interpersonal Sensitivity; DEP: Depression; ANX: Anxiety; HOS: Hostility; PHOB: Phobic Anxiety; PAR: Paranoid Ideation; PSY: Psychoticism. A-D: Anxious/Depressed; S-C: Somatic Complaints; WIT: Withdrawn (Withdrawn/Depressed at Time 3); A-P: Attention Problems; A-B: Aggressive Behavior; R-B: Rule-Breaking Behavior; T-P: Thought Problems; S-P: Social Problems; EXT: Externalizing Problems; INT: Internalizing Problems

Risultati della correlazione nel gruppo con DA

All'analisi correlazionale tra dimensioni di salute mentale paterna (SCL-90R) e comportamento dei figli nel caso del disturbo alimentare (CBCL) i risultati hanno mostrato un rapporto statisticamente significativo positivo tra:

- SOM e A-D a $p < .05$;
- O-C e T-P($p < .001$); O-C e S-C / A-B($p < .01$); O-C e S-P($p < .05$);
- I-S e T-P($p < .001$); I-S e A-D / A-B($p < .01$); I-S e S-P($p < .05$) ;
- PHOB e T-P($p < .001$); PHOB e A-B($p < .01$); PHOB e S-C / S-P($p < .05$);
- PAR e S-P($p < .01$);

Correlazione significativamente positiva tra le sottoscale O-C, I-S e PHOB paterne con gli aspetti esternalizzanti del figlio e tra O-C, I-S e HOS paterne con gli aspetti internalizzanti del figlio.

Risultati della correlazione del gruppo con DC

Per il gruppo con disturbo della condotta i risultati correlazionali hanno mostrato un rapporto statisticamente significativo positivo tra:

- O-C e T-P($p < .01$); O-C e S-P/ A-P($p < .05$);
- I-S e A-B($p < .01$);
- DEP e T-P($p < .001$); DEP e A-D/S-C($p < .05$);
- HOS e A-D/T-P($p < .01$);

Correlazione significativamente positiva tra le sottoscale I-S, ANX, HOS paterne con gli aspetti esternalizzanti del figlio e tra la sottoscala HOS paterna e gli aspetti internalizzanti.

Influenza delle dimensioni paterne sui problemi emotivi e comportamentali dei bambini

Infine è stata fatta separatamente un'analisi di regressione per i gruppi DA e DC al fine di verificare l'influenza di alcune dimensioni specifiche dei padri sul funzionamento emotivo-comportamentale dei bambini. In particolare, abbiamo testato, se e come problemi esternalizzanti ed internalizzanti dei figli sono influenzati da Ansia, Ostilità, Ossessione-Compulsione, Ipersensibilità personale paterna nel caso del gruppo di DA(**tabella3**); e Ostilità, Depressione e Ideazione Paranoica paterne in caso di gruppo con DC (**tabella4**).

Tabella 3: Regressione nel gruppo DA

DA		
	EXT	INT
	β	β
O-C	.20	.11
I-S	.17	.34*
ANX	.04	-.10
HOS	.10	.21
R^2	.14	.25**
AR^2	.06	.18**

Note. ** significant at $p < .01$; * significant at $p < .05$

O-C: Obsessive-Compulsive; I-S: Interpersonal Sensitivity; ANX: Anxiety ;
HOS: Hostility; EXT: Externalizing Problems; INT: Internalizing Problems.

Tabella 4: Regressione nel gruppo DC

DC		
	EXT	INT
	β	β
HOS	.27	.34*
DEP	-.15	.02
PAR	.27	.12
R ²	.16	.18*
AR ²	.08	.11*

Note. * significant at $p < .07$

HOS: Hostility; DEP: Depression; PAR: Paranoid Ideation

EXT: Externalizing Problems; INT: Internalizing Problems.

Risultati dell'influenza delle dimensioni paterne sul funzionamento esternalizzante ed internalizzante del figlio

In entrambi i casi le dimensioni considerate del profilo paterno influenzano aspetti internalizzanti nei figli sia nel caso di diagnosi di disturbo dell'alimentazione che nel caso di disturbo della condotta.

Come mostra la **tabella 3**, il modello di regressione multivariata ha attestato che le dimensioni del rischio psicopatologico paterno influenzano significativamente i problemi interiorizzanti dei bambini con DA (19% di varianza spiegata). In particolare, la sensibilità interpersonale aumenta il rischio di problemi internalizzanti.

Anche nel caso di bambini con DC (**tabella 4**), le dimensioni paterne tendono ad influenzare i problemi d' internalizzazione (11% di varianza spiegata). In particolare la dimensione ostilità aumenta il rischio di questo tipo di problemi per questi bambini.

CAPITOLO 4

Discussione

Quando si parla di psicologia dello sviluppo e di problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, si deve sempre far riferimento al concetto di multi-fattorialità. Lo sviluppo sia normale sia patologico è dato dall'intreccio e dall'equilibrio tra fattori di rischio e protettivi che provengono da ambiti diversi (biologia, temperamento, interazioni sociali, parenting, salute mentale). Insieme ai processi genetici ed epigenetici ben riconosciuti coinvolti nella trasmissione dai genitori ai figli, le dimensioni familiari e sociali svolgono un ruolo significativo nel prevedere o essere associate a problemi psicologici nei bambini.

Nel caso di disturbi comportamentali nei bambini ci si è concentrati molto sulla figura genitoriale in particolare sul tipo di parenting come elemento predittore dello sviluppo del bambino e degli outcomes post trattamento.

Individuare il tipo di stile genitoriale si è, infatti, dimostrato essere utile per decidere quale tipo di trattamento mettere in atto da bambino a bambino.

Andando a vedere, ad esempio, quanto la modifica del tipo di genitorialità modificasse il bambino dal punto di vista del comportamento aggressivo, si è visto che gli outcomes si modificavano in base alle condizioni di salute mentale della madre; se la madre era compromessa dal punto di vista psicopatologico (ad esempio presenza di depressione), la sintomatologia materna prediceva uno scarso cambiamento nel comportamento del figlio.

Da qui si è iniziato a intuire che non basta semplicemente indagare il tipo di parenting bensì considerare soprattutto la dimensione psichiatrica, poiché possibilmente è necessario intervenire su specifiche dimensioni del profilo psicopatologico genitoriale per far sì che la modifica dello stile relazionale genitore-bambino dia risultati migliori sulla modifica del comportamento del bambino.

In letteratura, come visto nei precedenti capitoli, sono stati svolti diversi studi che hanno dimostrato che i problemi comportamentali dei bambini sono un riflesso dei problemi psicologici dei loro genitori e che la malattia mentale in uno dei due aumenta il rischio di malattia mentale nei loro figli. La persona considerata come la prima a legarsi con il figlio è stata da sempre la madre, inoltre, la donna è molto spesso il caregiver primario rispetto all'uomo; studi condotti su di essa hanno mostrato che sintomi depressivi, ansiosi o la presenza di bassa autostima sono collegati con un aumento di disturbi d'ansia, depressione, deficit d'attenzione e disturbo oppositivo provocatorio nei figli; in realtà è stato constatato che entrambi i genitori assumono un ruolo importante nello sviluppo delle caratteristiche mentali ed emotive e rappresentano fonti di salute e di malattia per il bambino. Esiste una forte correlazione tra i disturbi comportamentali dei bambini e i problemi mentali dei loro genitori; più intensi sono i problemi nei genitori più precocemente il figlio sviluppa problemi comportamentali; il disturbo mentale nel genitore, quindi, aumenta il rischio di malattie nel bambino. Studi trasversali e longitudinali sul disturbo di panico e depressione maggiore nei genitori hanno rivelato che il disturbo di panico aumenta il rischio di depressione maggiore e di disturbo del comportamento nei figli. Bambini che in età scolare hanno genitori con problemi di salute mentale o di elevata esperienza aggressiva avranno bambini con gravi problemi emotivi e comportamentali cinque volte in più rispetto agli altri bambini.

Uno studio che precedentemente a questo si è proposto di indagare il rapporto tra salute mentale del genitore e aspetti internalizzanti ed esternalizzanti della salute mentale dei bambini usando come strumenti SCL-90 e la CBCL è quello di Riahi, Amini & Salehi Veisi del 2010 il quale indaga la salute mentale materna per determinare l'aspetto delle madri che richiede un intervento serio e scoprire quali aspetti del bambino internalizzanti o esternalizzanti richiedono una particolare attenzione nei

bambini con madri problematiche. I risultati hanno mostrato una correlazione positiva tra i sintomi materni e i problemi comportamentali dei bambini, l'uno aumenta l'altro e viceversa. Dal momento in cui i bambini traggono la loro energia dalle madri se le madri sono depresse non riescono a rispondere ai bisogni dei figli e questa situazione porta a problemi del comportamento. Tra tutti i sintomi materni solo l'ossessione-compulsione è un forte predittore dei problemi comportamentali totali ed esternalizzanti nei figli, mentre la depressione può prevedere problemi internalizzanti; i comportamenti ossessivi e perfezionisti dei genitori nel realizzare i desideri dei figli attraverso misure estreme e genitori interessati a potere, controllo e autonomia portano a comportamenti ostili e provocatori. La Teoria dell'attaccamento ha affermato che una cura materna insufficiente derivante dalle condizioni mentali materne causa forti ferite emotive nel figlio. L'unica sottoscala materna che non ha un rapporto statisticamente significativo con gli aspetti internalizzanti del bambino è quella della sensibilità interpersonale (che nel nostro caso è stata coinvolta per i padri).

Negli ultimi decenni ci si è soffermati e interessati al padre oltre che alla madre come figura importante per lo sviluppo del bambino. Già gli studi sulla genitorialità paterna, in precedenza citati, avevano mostrato che i bambini nati da uomini antisociali hanno una probabilità due volte superiore di sviluppare disturbo della condotta (DC) e d'impegnarsi in comportamenti antisociali da adulti rispetto a bambini nati da uomini non antisociali e che i bambini con padri antisociali che sono presenti in casa ricevono influenze sia genetiche sia ambientali, aumentando il rischio per l'inizio di un comportamento antisociale. Sembra anche probabile che i padri possono anche avere un forte impatto sul processo terapeutico.

Possiamo in ogni caso dire che il rapporto tra psicopatologia paterna e problemi nei figli è stato poco studiato e per questo motivo, così com'è stato fatto per le madri, in questo lavoro di Tesi noi, abbiamo voluto

esaminare il rischio psicopatologico paterno di padri italiani di bambini con disturbo della condotta e disturbo alimentare ed esplorare gli effetti della psicopatologia paterna sulla salute mentale e comportamento del figlio. La ricerca si è sempre concentrata sul singolo esito e raramente sui risultati internalizzanti ed esternalizzanti, lo studio che abbiamo svolto ci ha permesso d'individuare in modo esplorativo la relazione esistente tra la salute mentale paterna e lo sviluppo (funzionamento internalizzante ed esternalizzante) del bambino, mettendo a confronto per la prima volta due quadri clinici diversi.

Dalle analisi effettuate è emerso che le condizioni di salute mentale paterna sono in relazione con i disturbi dei figli sia nel caso di diagnosi di disturbo del comportamento alimentare che in quello della condotta rispetto al gruppo di bambini sani. In confronto al controllo i profili psicologici dei padri (valutati con SCL-90R) di figli con Disturbo Alimentare e Disturbo della Condotta sono più compromessi a conferma del fatto che la presenza di psicopatologia paterna promuove o comunque è in relazione con le problematiche emotivo-comportamentali dei figli (valutati con CBCL). Alla luce di questi risultati possiamo confermare quanto detto in letteratura riguardo all'importanza della figura paterna e non solo materna nello sviluppo del figlio. Questo studio mostra e conferma che non è soltanto lo stile genitoriale ma anche la condizione di salute mentale del genitore a determinare o no comportamenti disfunzionali nel figlio; i risultati (come già visto per le madri) hanno mostrato un rapporto d'influenza reciproca positiva tra dimensioni del profilo psicologico paterno e comportamento del bambino. I dati mostrano che i valori di Somatizzazione, Ansia e Ostilità paterna sono più compromessi nel caso di padri di figli con DA questi dati riconfermano quanto trovato nello studio di Riahi, Amini & Salehi Veisi (2010) in cui si diceva che Ansia, Ostilità e dimensione Ossessivo-Compulsiva paterna potevano favorire la comparsa di disturbo alimentare nella prole. I nostri

dati mostrano in particolare una relazione tra le dimensioni Ossessiva-compulsiva, Ipersensibilità interpersonale e fobia paterna con il funzionamento esternalizzante del bambino e di Ossessivo-Compulsiva, Ipersensibilità Intepersonale e Ostilità con il funzionamento internalizzante.

La meta-analisi effettuata da Connel e Goodman (2002) mostrava che i problemi d'interiorizzazione sono più legati alla madre e che lo stile di genitorialità paterno è collegato alla psicopatologia del bambino. Idea comune era che la psicopatologia paterna influenzasse invece i comportamenti esternalizzanti dei bambini, la cosa che invece ha colpito di più dai risultati del nostro studio non è tanto l'influenza paterna sugli aspetti esternalizzanti del figlio, che era già stata intuita da precedenti studi presenti in letteratura sullo stile genitoriale, quanto l'influenza paterna sulle dimensioni internalizzanti del figlio che era stata prerogativa della madre. Non solo, dunque, lo stile genitoriale paterno ma anche le sue condizioni mentali influenzano la psicopatologia del bambino.

I nostri risultati mostrano che l'*ipersensibilità interpersonale* paterna è predittrice delle problematiche internalizzanti nel gruppo di bambini con diagnosi di disturbo alimentare, poiché riconferma i risultati dello studio Italiano di Cimino, Cerniglia & Paciello (2014). In particolare c'è una relazione statisticamente significativa positiva con le dimensioni: Ansia e depressione, Problemi sociali, Problemi di pensiero e Comportamenti aggressivi (EXT). In un bambino con disturbo del comportamento alimentare la presenza nel padre di sintomi d'ipersensibilità interpersonale predice la presenza d'ansia, depressione, disturbi del pensiero e sociali nel figlio. Si può ipotizzare che un padre con questo tipo di sintomatologia possa presentare sentimenti d'inadeguatezza e d'inferiorità nei confronti delle altre persone. Avendo il genitore un ruolo nella formazione e nello sviluppo della personalità del figlio e nell'incrementare la sua autostima, il senso d'insicurezza e di bassa

autostima del padre può esser avvertito dal figlio e ciò può far sì che egli come reazione si chiudi in se stesso emotivamente, sviluppi una bassa autostima, una sensazione di non essere amato, nervosismo in reazione a insulti come senso d'impotenza e di vergogna, difficoltà a relazionarsi con i coetanei e avere pensieri e percezioni che non hanno riscontro nella realtà. La presenza di questa dimensione paterna predice determinate caratteristiche nel bambino che non fanno altro che rafforzare il suo disturbo del comportamento alimentare poiché sono delle dimensioni importanti per questo di tipo di psicopatologia dello sviluppo.

Nel gruppo di bambini con diagnosi di DC i risultati mostrano che l'*Ostilità* paterna, generalmente legata al funzionamento esternalizzante del bambino, è predittrice di problematiche internalizzanti nei figli. Le componenti influenzate statisticamente in modo significativamente positivo sono quelle ansioso-depressiva e le problematiche di pensiero. Se un bambino con disturbo della condotta ha un padre che presenta sintomi d'ostilità ciò predice ansia, depressione e problemi di pensiero nel figlio. Possiamo ipotizzare che un padre ostile presenta pensieri, sentimenti e comportamenti caratterizzati da uno stile affettivo negativo, di rabbia, contrassegnato da avversione. I padri ostili possono non essere affettuosi e calorosi con i figli e ciò può far sì che siano visti da loro come rifiutanti questo, può portare nel figlio la comparsa di sintomi ansiosi e d'insicurezza; la percezione della mancata accettazione da parte del padre può far sviluppare in loro senso di frustrazione, d'impotenza e fargli mettere in atto comportamenti aggressivi come unica modalità d'azione, modello che è appreso dalla modalità d'azione del padre. Se il padre è percepito come invalidante e rifiutante non sarà in grado di regolare le emozioni del figlio e cade anche la figura del padre come istanza morale, chi doveva dare regole e facilitare la comunicazione con il mondo esterno. La presenza di questa dimensione rafforza quindi il disturbo della condotta e del funzionamento internalizzante del figlio.

Un funzionamento psicologico paterno disadattivo inoltre potrebbe ostacolare la comprensione alle madri dei bisogni dei loro figli e quindi essere fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie nei bambini.

Oltre ad una spiegazione genetica di trasmissione dei disturbi, importante è il ruolo della teoria dell'attaccamento che afferma che una cura insufficiente derivante da condizioni mentali sfavorevoli nel genitore può causare ferite emotive e comportamentali nel bambino (capitolo 1) e il ruolo della Teoria dell'Apprendimento Sociale (Bandura 1977) secondo cui l'apprendimento deriva da semplici processi d'osservazione dell'attività di qualcun altro. Il bambino impara pensieri cognitivi e operanti negativi dalla figura genitoriale, interiorizza e comunica con il mondo esterno sulla base di questi pensieri e ciò porta a problemi d'interiorizzazione. Lui ritiene che mente, comportamento e ambiente giocano un ruolo importante nel processo d'apprendimento.

Come visto in letteratura le pratiche genitoriali (parenting) influenzano lo sviluppo del bambino, sebbene queste pratiche genitoriali disfunzionali legate a patologia genitoriale sono state collegate a comportamenti esternalizzanti come disturbi della condotta o delinquenziali; si era già visto nello studio di Caron et al. 2006 che il controllo psicologico soprattutto nel caso di bambini esposti a basso calore genitoriale era collegato ad aspetti interalizzanti.

I genitori devono essere in grado d'instaurare una base sicura nel figlio che gli permetta di vivere in maniera funzionale e adattiva. Importante è il ruolo che essi hanno nel percorso di sviluppo dell'autostima nei giovani, la famiglia ha un ruolo indispensabile per la formazione e lo sviluppo della personalità del bambino. I bambini e i giovani adulti tendono a dare maggiore attenzione a qualsiasi genitore che percepiscano avere un maggiore potere interpersonale. Se un bambino percepisce che è il padre ad avere maggior prestigio, può con alta probabilità essere lui a influenzare più il figlio. Non solo dunque la madre ma anche il padre

devono saper dare sostegno ai loro figli, li devono aiutare contenendo la loro ansia genitoriale e la loro iperprotettività.

La figura paterna, dunque, non può essere trascurata, sia perché costituisce un'imprescindibile modello d'identificazione per il bambino in età più avanzata, sia perché fin dalla nascita il comportamento paterno può influire sulla madre e determinare particolari atteggiamenti di lei nei confronti del bambino, influenzando in senso negativo sulla sua personalità. Il padre è molto importante nella formazione del super-Io del figlio perché di solito è il padre che punisce, che premia e che educa all'obbedienza e al principio di autorità. Padre importante per la formazione della coscienza etica-sociale del bambino. Un padre che si presenta come depresso, ansioso, con problemi comportamentali, ostile, rifiutante del ruolo genitoriale, violento non è in grado di svolgere un ruolo protettivo divenendo, in condizioni gravi, una minaccia per la famiglia. Queste sue difficoltà si possono anche riversare sul rapporto che il bambino ha con la madre favorendo la presenza di disturbi emotivi, psicologici, comportamentali e cognitivi nel figlio che si adatta alla situazione e può sviluppare uno stile di vita insicuro.

Questi risultati di ricerca confermano l'importanza della valutazione del profilo psicologico paterno insieme con quello materno, infatti, la ricerca precedente aveva mostrato che in presenza di una madre depressa, la psicopatologia paterna aumenta il rischio di risultati negativi nei figli; sintomi depressivi materni influenzano il funzionamento disadattivo quando erano presenti i sintomi ossessivo-compulsivi paterni e la presenza di sintomi psicopatologici nei partner di donne con disturbo alimentare possono facilitare l'insorgenza di disturbi emotivi dei loro figli. Dietz et al. e Bagner et al. (2010)

4.1 *Limiti*

Questo studio ha affrontato il tema poco esplorato del ruolo di rischio psicopatologico paterno di padri italiani sugli esiti emotivo-comportamentali dei figli.

Pur avendo considerato un gruppo di controllo, il nostro studio non è stato di tipo longitudinale. Gli strumenti utilizzati, tranne quelli di diagnosi di disturbo alimentare e condotta, sono stati di tipo self-report e compilati entrambi dal genitore; la valutazione del profilo di salute mentale del padre non è stata eseguita tramite uno strumento strutturato che rende la diagnosi basata sul DSM. Dovendo lavorare con la figura paterna un altro limite è stato quello della numerosità del campione.

4.2 *Prospettive future*

In futuro si potrebbe compiere uno studio longitudinale usando strumenti standardizzati basati sul DSM per fare diagnosi psichiatriche tenendo conto di un campione più ampio e cercando di considerare contemporaneamente sia la madre sia il padre del bambino in esame. Eseguendo uno studio longitudinale si potrebbero valutare gli outcomes post-trattamento nei casi in cui si tengono o no in considerazione questi aspetti genitoriali e non soltanto le pratiche educazionali.

4.3 *Conclusioni*

“Il padre non è semplicemente la luce che illumina la diade madre-bambino ma è, assieme a loro l'essenza di un quadro in cui ogni singola parte ha senso solo in relazione alle altre”

Daniel Stern

Riassumendo i risultati del nostro studio mostrano che i profili psicologici paterni risultano essere compromessi sia nel caso di figli con DA che con DC rispetto al gruppo di controllo sano; si evince, in particolare, una maggiore compromissione nel caso di DA rispetto ai DC soprattutto per quanto riguarda la dimensioni Somatizzazione, Ansia e Ostilità.

Le dimensioni paterne maggiormente in relazione con i problemi emotivo-comportamentali dei figli sono per il gruppo con DA: Ossessivo-Compulsivo , Ipersensibilità interpersonale, fobia con i disturbi esternalizzanti e Ossessivo-Compulsivo, Ipersensibilità interpersonale e Ostilità con i disturbi internalizzanti; mentre per il gruppo con DC: Ipersensibilità interpersonale, Ansia e Ostilità con gli esternalizzanti e Ostilità con gli internalizzanti.

Questo studio ha permesso di rimarcare l'attenzione sulla figura genitoriale paterna abbandonando l'idea della "colpa materna" nello sviluppo disfunzionale del bambino sia per via diretta che indiretta. Sono entrambi i genitori a essere coinvolti nello sviluppo del figlio e per questo motivo bisogna considerare la triade sia nel momento della diagnosi sia nella pianificazione del trattamento da eseguire sul bambino e con i genitori. Si era già visto in precedenza che in presenza di una madre depressa sono le condizioni di salute paterne ad aumentare il rischio o meno di risultati negativi nei figli (esempio: la dimensione ossessivo-compulsiva paterna). La presenza di determinate condizioni di salute mentale sia nella madre sia nel padre può richiedere uno specifico trattamento per lavorare sulla modifica della genitorialità per agire sul comportamento disfunzionale del bambino. Bisogna quindi passare dal considerare semplicemente lo stile genitoriale educativo usato con il bambino a capire come il genitore sta e come si sente, poiché determinate dimensioni psicopatologiche sono predittive e in relazione con determinati disturbi nel bambino. Come la depressione materna può portare a disturbi esternalizzanti nel bambino e la dimensione ossessiva-compulsiva a quelli internalizzanti, con il nostro studio abbiamo dimostrato che non solo il profilo psicologico paterno è in relazione con quello comportamentale del bambino sia nel caso di diagnosi di disturbo alimentare che della condotta, ma che ci sono delle specifiche dimensioni della salute mentale paterna predittrici di problematiche internalizzanti su entrambi i gruppi DA e DC,

in particolare, per i DA è l'Ipersensibilità Interpersonale che svolge un ruolo importante per spiegare tali problematiche e l'Ostilità nel caso dei DC. Nonostante la ricerca ha suggerito l'ansia paterna come fattore di rischio per lo sviluppo dei problemi internalizzanti e/o esternalizzanti nei figli la nostra analisi dei dati soprattutto nel gruppo DA non conferma ciò (assenza del contributo dell'ansia sia per esternalizzanti sia per internalizzanti), l'ansia paterna non è predittiva; piuttosto che avere un effetto diretto sulla salute mentale del bambino può, invece, avere un ruolo modulatore o moderatore sulle caratteristiche disadattive materne. Anche nel caso della depressione materna si era visto che da sola prediceva disturbo internalizzante del bambino se in relazione con il rischio paterno non aveva alcun effetto diretto ma era la sensibilità interpersonale paterna a predire direttamente i problemi d'interiorizzazione (Cimino, Cerniglia & Paciello, 2014)

In questa ricerca, in cui per la prima volta in Italia è preso in considerazione il rischio psicologico paterno confrontando tra di loro due quadri clinici DA e DC, è rimarcata l'importanza di prendere in considerazione anche la figura del padre nei protocolli di valutazione e d'intervento. Per sviluppare interventi efficaci è importante comprendere i meccanismi attraverso i quali il rischio psichiatrico si trasmette nelle famiglie, se un genitore non riesce a comprendere il comportamento disfunzionale dell'altro, può far aumentare il rischio di danno nel figlio. Per contribuire al miglioramento degli esiti negativi dello sviluppo emotivo dei figli, si deve prendere in considerazione l'intero contesto familiare, soprattutto quando il padre presenta determinate caratteristiche nel suo profilo psicologico. Per conoscere e comprendere le problematiche relative alla genitorialità stessa ed apprendere nuovi modelli relazionali è fondamentale associare contemporaneamente alla presa in carico del bambino un percorso diagnostico-terapeutico con i genitori. Queste

conclusioni sono anche coerenti con il lavoro clinico di Kohut, che aveva già sottolineato come i disturbi di un individuo sono sempre connessi a un duplice grave e il fallimento continuativo della madre e il padre di quella persona(1971, L'analisi del Sé).

Concludendo possiamo dire che nell'assessment è meglio considerare anche i papà che potrebbero rappresentare fattori di rischio interattivi e/o additivi.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach TM, Rescorla LA (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Research Center for Children, Youth, & Families, University of Vermont, Burlington.

Aguilar, B., Sroufe, LA., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behaviour types: from birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 2, 109-132.

Ainsworth MDS., Blehar, MC., Waters E., & Wall, S., (1978). Patterns of attachment: A psychological Study of the strange situation. *Hillsdale, NJ*: Erlbaum.

Amato, P. R., & Rezac, S. J. (1994). Contact with nonresidential parents, interparental conflict, and children's behavior. *Journal of Family Issues*, 15, 191–207.

Amato, P. R., & Gilbreth, J. G. (1999). Nonresident fathers and children's well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 61, 557–574.

American Psychiatric Association (2004). *DSM IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Text Revision*. Masson, Milanotta.

Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 272–280. DOI: 10.1002/eat.20925.

Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 699–707. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.03.012.

Bandura, A. (1991), Social cognitive theory of moral thought and action, in Barone, L. *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Carocci Editore, Roma (2009), p. 339.

Bean, R. A., Barber, B. K., & Crane, D. R. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among African American youth: The relationships to academic grades, delinquency, and depression. *Journal of Family Issues*, 27, 1335–1355.

Belsky, J., Gilstrap, B., & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project: 1. Stability and change in mother–infant and father–infant interaction at one, three, and nine months. *Child Development*, 55, 692–705.

Berman, P. W. (1980). Are women more responsive than men to the young? A review of developmental situational variables. *Psychological Bulletin*, 88, 668–695.

Biblarz, T. J., & Gottainer, G. (2000). Family structure and children's success: A comparison of widowed and divorced single-mother families. *Journal of Marriage and Family*, 62, 533–548.

Biller, H. B. (1971). *Father, child, and sex role*. Lexington, MA: Heath.

Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M., & Rapinett, G. (2003). Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: Multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15–16 year old students in 11 European countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 200–208.

Bjarnason, T., Davidaviciene, A. G., Miller, P., Nociar, A., Pavlakis, A., & Stergar, E. (2003).

Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, P. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273–287.

Boğels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539–558.

Boğels S.M ,Perotti E.C (2011). Does Father Know Best? A Formal Model of the Paternal Influence on Childhood Social Anxiety. *J Child Fam Stud* (2011) 20:171–181 DOI :10.1007/s10826-010-9441-0.

Bowlby,J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr.it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Brown, G. L., McBride, B. A., Shin, N., & Bost, K. K. (2007). Parenting predictors of father-child attachment security: Interactive effects of father involvement and fathering quality. *Fathering*, 5, 197-219.

Brustia Rutto P., (1996). *Genitori. Una nascita psicologica*. Bolatti Boringhieri Editore, 1996.

Caspi A, Elder JMH, Herbener ES. (1990).Childhood personality and prediction of life course patterns. In L Robins e M Rutter (Eds.). *Straight and Devious Pathways from childhood to adulthood*. Cambridge University Press, Cambridge.

Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Sinesi, S. (2012) A six-year prospective study on children of mothers with eating disorders: the role of paternal psychological profiles. *Eur Eat Disord Rev*. DOI:10.1002/erv.2218.

Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2014).Mothers with Depression, Anxiety or Eating Disorders: Outcomes on Their Children and the Role of Paternal Psychological. Media New York .*Child Psychiatry Hum Dev*. DOI:10.1007/s10578-014-0462-6.

Clark, D. B., Moss, H. B., Kirisci, L., Mezzich, A. C., Miles, R., & Ott, P. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 495–502.

- Christiansen, S. L., & Palkovitz, R. (2001). Why the 'good provider' role still matters: Providing as a form of paternal involvement. *Journal of Family Issues*, 22, 84–106.
- Crawley, S. B., & Sherrod, R. B. (1984). Parent–infant play during the first year of life. *Infant Behavior and Development*, 7, 65–75.
- Crick, NR., & Dodge, KA. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin* 115, 74-101.
- Crouter, A. C., Davis, K. D., Updegraff, K., Delgado, M., & Fortner, M. (2006). Mexican American fathers' occupational conditions: Links to family members' psychological adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 68, 843–858.
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746–773.
- Conner, D. B., Knight, D. K., & Cross, D. R. (1997). Mothers' and fathers' scaffolding of their 2-year-olds during problem-solving and literacy interactions. *Journal of Developmental Psychology*, 15, 323–338.
- Cooper, PJ., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Brit J Psychiat* 184:210–215. doi:10.1192/bjp.184.3.210.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Raymond, J. (2004). Fathers in family context: Effects of marital quality and marital conflict. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (4th edition, pp. 196–221). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dalton-Hummel, D. (1982). Syntactic and conversational characteristics of fathers' speech. *Journal of Psycholinguistic Research*, 11, 465–483.

Derogatis LR (1994) SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual. *National Computer Systems, Minneapolis*

Dierker, L. C., Merikangas, K. R., & Szatmari, P. (1999). Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 280–288.

Dietz, L. J., Jennings, K. D., Kelley, S. A., & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology and toddlers' behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 48–61. DOI: 10.1080/15374410802575362.

Douglas, J. (1995). *Behavioral problems in children*. Trans. Yasaei M. Tehran: Markaze Nashr Publ, 38.

Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., Yeung, W. J., & Smith, J. R. (1998). How much does childhood poverty affect the life chances of children?. *American Sociological Review*, 63, 406–423.

D'Onofrio, B. M., Turkheimer, E., Emery, R. E., Slutske, W. S., Heath, A. C., & Madden, P. A. (2006). A genetically informed study of the processes underlying the association between parental marital instability and offspring adjustment. *Developmental Psychology*, 42, 486–499.

Earls, F. (1977). The fathers (not the mothers): Their importance and influence with infants and young children. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 81–107.

Easterbrooks, M. A., & Goldberg, W. A. (1984). Toddler development in the family: Impact of father involvement and parenting characteristics. *Child Development*, 55, 740–752.

Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557–572.

Eirini Flouri (2010) .Fathers' behaviors and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review* 30, 363–369.

Ely, R., & Berko-Gleason, J., Narasimhan, B., & McCabe, A. (1995). Family talk about talk: Mothers lead the way. *Discourse Processes*, 19, 201–218.

Engle, P. L., & Breaux, C. (1998). Fathers' involvement with children: Perspectives from developing countries. *Social Policy Report*, 12(1), 1–23.

.Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction*, 98, 815–824.

Fassino, S., Amianto, F., & Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*, 50. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.07.010.

Fivaz Depeursinge E., & Corboz Warney A. (2000). *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre, bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Forleo R., & Zanetti H., (1987). *Il papà in attesa*, Ed. Paoline, Roma.

Freud, S.(1924). *Il tramonto del complesso Edipico*, Tr.it.in “Opere” Vol.10. Ed.Boringhieri, Torino 1979.

Fromm E. (1956). *L'arte di amare*. Ed.Mondadori, Milano, 1962.

Gadsden, V. L., Fagan, J., Ray, A., & Davis, J. E. (2004). Fathering indicators for practice and evaluation: The fathering indicators framework. In R. D. Day & M. E. Lamb (Eds.), *Conceptualizing and measuring father involvement* (pp. 385–416). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, 578–594.

Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry* 48, 4,400- 403.

Graham, J. N., & Sellers, A.H. (2002). Nonresident fathers and their children: Child support and visitation from an economic perspective. In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement* (pp. 431–453). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Greenberg M., & Morris N. (1974). Engrossment: the Newborn Impact upon the Father. *Am.J. Orthopsychiat.*, vol.44, 520-529.

Grenberg, M. (1999). *L'attaccamento e la psicopatologia dell'infanzia*, in Barone, L. *Manuale di psicologia dello sviluppo*. Carocci Editore,Roma (2009),368-369.

Guidetti, V., (2005). *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.

H.Kohut (1971). *Narcisismo e Analisi del Sé*. Boringhieri,Torino.

Haycraft Emma L. & Blissett Jacqueline M. (2012).Maternal and Paternal Controlling Feeding Practices: Reliability and Relationships With BMI. Article first published online: 6 SEP 2012 DOI: 10.1038/oby.2008.238

Harvey, E., Danforth, J., McKee, E., Ulaszek, W., & Friedman, J. (2003). Parenting of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD): The role of parental AD/HD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7, 31–41.

Hoffmann, J. P. (2002). The community context of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and Family*, 64, 314–330.

Jeffee, SR., Moffit, TE., Caspi,A.(2003). Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depends on the father's antisocial behavior. *Child Dev.* 74:109-126.

Johnson, L. C., & Abramovitch, R. (1988). Parental unemployment and family life. In A. Pence (Ed.), *Ecological research with children and families: From concepts to methodology* (pp. 49–75). New York: Teachers College Press.

Johnson, L. C., & Abramovitch, R. (1985). Unemployed fathers: Parenting in a changing labour market. Toronto: Social Planning Council.

Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339–360.

Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., et al. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 169–181.

Knibiehler, Y. (1995). *Fathers, patriarchy, paternity*. In M. C. P. van Dongen, G. A. B. Frinking, & M. J. G. Jacobs (Eds.), *Changing fatherhood: An interdisciplinary perspective* (pp. 201–214). Amsterdam, The Netherlands: Thesis.

Kochanska, G., Philibert, R. A., Barry, R. A. (2009). Interplay of genes and early mother-child relationship in the development of self-regulation from toddler to preschool age. *Journal of child psychology and psychiatry* 50, 11, 1331-1338.

Koestner, R., Franz, C., & Weinberger, J. (1990). The family origins of empathic concern: A 26-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 709–717.

Lamb, M. E. (1977). Father–infant and mother–infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 48, 167–181.

Lamb, M. E. (1980). The father's role in the facilitation of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 1, 140–149.

Lamb, M. E. (1981). Fathers and child development: An integrative overview. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (Rev. ed., pp. 1–70). New York: Wiley.

Lamb, M. E. (1982). Paternal influences on early socio-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 23, 185–190.

Lamb, M. E., Frodi, M., Hwang, C. P., & Frodi, A. M. (1983). Effects of paternal involvement on infant preferences for mothers and fathers. *Child Development*, 54, 450–452.

Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1985). Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, 883–894.

Lamb, M. E. (2000). The history of research on father involvement: An overview. *Marriage and Family Review*, 29, 23–42.

Lambruschi F., & Muratori P. (2013). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Carocci Editore . cap:2 Pag.51-56.

Lask, B.D., & Bryant-Waugh, R. (1993), *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorder*, Hove-Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Leaper, C., Anderson, K. J., & Sanders, P. (1998). Moderators of gender effects in parents' talk to their children: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 34, 3–27.

Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years: Part I. *Journal of American Academy Child Adolescents Psychiatry* 39, 1468–84.

Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behaviour: a meta-analytic review. *Clin Psych Rev* 20:561–592.

Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Rasanen, E., et al. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8–9-year-old children in relation to family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(Suppl. 4), S029–S040.

Mannle, S., & Tomasello, M. (1987). Fathers, siblings, and the bridge hypothesis. In K.E. Nelson & A.von Kleek (Eds.), *Children's language* (pp. 23–42). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Marmorstein, N. R., Malone, S. M., & Iacono, W. G. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: Associations with paternal psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1588–1594.

Marmorstein, N. R. & Iacono, W. G. *Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent–child conflict*.

McLanahan, S. S. (1999). Father absence and the welfare of children. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mead M. (1949). *Maschio e femmina*. Il Saggiatore, Milano, 1962.

Mehall, KG., Spinrad, TL., Eisenberg, N., & Gaertner, BM.(2009) Examining the relations of infant temperament and couples' marital satisfaction to mother and father involvement: A longitudinal study. *Fathering*;7:23–48.

Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 800–807. DOI:10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x.

Mosely, J., & Thomson, E. (1995). Fathering behavior and child outcomes: The role of race and poverty. In W. Marsiglio (Ed.), *Fatherhood: Contemporary theory, research, and social policy* (pp. 148–165). Thousand Oaks, CA: Sage.

Muratori, F.(2005). *Ragazzi Violenti*. Il Mulino, Bologna.

- Mussen, P. H., & Rutherford, E. (1963). Parent–child relations and parental personality in relation to young children’s sex-role preferences. *Child Development*, 34, 589–607.
- Notaro, P. C., & Volling, B. L. (1999). Parental responsiveness and infant–parent attachment: A replication study with fathers and mothers. *Infant Behavior and Development*, 22, 345–352.
- Payne, D. E., & Mussen, P. H. (1956). Parent–child relations and father identification among adolescent boys. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 358–362.
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father–child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47, 193–219.
- Patel, P., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 1–19. DOI:10.1023/A:1014524207660.
- Patten, C. A., Gillin, C., Farkas, A. J., Gilpin, E. A., Berry, C. C., & Pierce, J. P. (1997). Depressive symptoms in California adolescents: Family structure and parental support. *Journal of Adolescent Health*, 20, 271–278.
- Patterson, GR. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 41, 4, 432- 444.
- Pfinner, LJ., McBurnett, K., Rathouz, PJ., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology* 33, 5, 551-563.
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111, 387–412.

Pinquart, M., & Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59, 221–231. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2010.00597.x.

Pleck, J. H. (1983). Husbands' paid work and family roles: Current research issues. In H. Lopata & J. H. Pleck (Eds.), *Research in the interweave of social roles: Vol. 3. Families and jobs*. Greenwich, CT: JAI Press.

Pleck, J. H. (1984). *Working wives and family well-being*. Beverly Hills, CA: Sage.

Pleck, J. H. (1997). Paternal involvement: Levels, sources and consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 66–103). New York: Wiley.

Pleck, E., and Pleck, J. H. (1997). Fatherhood ideals in the United States: Historical dimensions. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed., pp. 33–48). New York: Wiley.

Pleck, E. (2004). Two dimensions of fatherhood: A history of the good dad–bad dad complex. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (4th ed., pp. 32–57). Hoboken, NJ: Wiley.

Pruett, K. D. (1983). Infants of primary nurturing fathers. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 257–277.

Pruett, K. D. (1985). Children of the fathermothers: Infants of primary nurturing mothers. In J. D. Call, E. Galenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (Vol. 2, pp. 375–380). New York: Basic Books.

Prunas A, Sarno I, Preti E, Madeddu F, Perugini M (2012) Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *Eur Psychiat* 27(8):591–597.doi:10.1016/j.eurpsy.2010.12.006.

Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2008). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and

fathers: A further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 419–433.

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201–2205 25.

Ramchandani, P. G., Stein, A., Hotopf, M., & Wiles, N. J. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: Results of a large population based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 729–773.

Radin, N. (1981). The role of the father in cognitive, academic, and intellectual development. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (Rev. ed., pp. 379–428). New York: Wiley.

Radin, N. (1982). Primary caregiving and role-sharing fathers. In M. E. Lamb (Ed.), *Nontraditional families: Parenting and child development* (pp. 173–204). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Radin, N. (1994). Primary-caregiving fathers in intact families. In A.E. Gottfried & A.W. Gottfried (Eds.), *Redefining families: Implications for children's development* (pp. 11–54). New York: Plenum.

Riahi, F., Amini, F., & Salehi Veisi, M. (2010), Children's behavioral problems and their relationship with maternal mental health. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 10, 41–46.

Ryan, W. , Blazei, Ph.D., William, G., Iacono, Ph.D., & Matt, Mc Gue, Ph.D (2008). Father-Child trasmission of antisocial behavior: The moderating role of father's presence in the home. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47:4.

Russell, G. (1983). *The changing roles of fathers?* St Lucia: University of Queensland Press.

Russell, G. (1986). Primary caretaking and role-sharing fathers. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: Applied perspectives* (pp. 29–57). New York: Wiley.

Salekin, RT., Worley, C., & Grimes, RD. (2010). Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioural science law* 28, 2, 235-66.

Salonia G., & Spagnolo Lobb M. (1993). *Genitorialità: Verso un'ecologia della competenza genitoriale*. Il contributo della psicoterapia della Gestalt. In genitori e figli.

Sanders, MR., Ralph, A., Thompson, R., Sofronoff, K., & Gardiner, P. (2007). Every family: a public health approach to promoting children's wellbeing final report. The University of Queensland, Brisbane.

Sears, R. R., Maccoby, E. E., & Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston, IL: Peterson.

Shahinfar, A., Fox, NA., & Leavitt, LA. (2000). Preschool children's exposure to violence: relation of behavior problems to parent and child reports. *Am J Orthopsychiat* 70(1):115–125.

Shannon, J., Tamis-LeMonda, C. S., London, K., & Cabrera, N. (2002). Beyond rough and tumble: Low-income fathers' interactions and children's cognitive development at 24 months. *Parenting: Science and Practice*, 2, 77–104.

Silverstein, L. B., & Auerbach, C. F. (1999). Deconstructing the essential father. *American Psychologist*, 54, 397–407.

Stern D.N. (2000). Prefazione al libro: *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre, bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Strepparava M.G., & Iacchia E., (2012). *Psicopatologia cognitiva e dello sviluppo: Bambini difficili o relazioni difficili?*. Raffaello Cortina Editore.

Tomasello, M., Conti-Ramsden, B., & Ewert, B. (1990). Young children's conversations with their mothers and fathers: Difference in breakdown and repair. *Journal of Child Language*, 17, 115–130.

Vitiello, B., Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of American Academy Child Adolescence Psychiatry* 36, 307-315.

Waldman, ID., Tackett, JL., Van Hulle, CA., Applegate, B., Pardini, D., Frick, PJ., & Lahey BB (2011). Child and adolescence conduct disorder substantially shares genetic influences with three socioemotional dispositions. *Journal of Abnormal Psychology* 120, 1, 57-70.

Walsh, (2008). *La resilienza familiare*. trad.it. Raffaello Cortina, Milano.

Walton, A., & Flouri, E. (2010). Contextual risk, maternal parenting, and adolescent externalizing behavior problems: The role of emotion regulation. *Child: Care, Health & Development*.

Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant–mother attachments. *Child Development*, 49, 483–494.

Weissman, M.M., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D., & Prusoff, B. A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 845–852.

